

DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES / TESTAMENT VITAL (1)

Jo,amb DNI núm., major d'edat, amb domicili a telèfon:, en plenitud de les meves facultats mentals, lliurement i després d'haver reflexionat profundament,

DECLARO:

Que si em trobo en una situació en la qual no pugui prendre decisions sobre la meva atenció mèdica, a conseqüència del meu deteriorament físic i/o mental, pel fet d'estar en un dels estats mencionats en el punt 4 d'aquest document, la meva voluntat inequívoca és la següent:

1- **Limitació de l'esforç terapèutic:** que no se'm perllongui la vida per mitjans artificials o per tècniques de suport vital, fluids intravenosos, fàrmacs, alimentació artificial, ni aportació de líquids, respiració assistida... i que no se m'apliqui cap tractament, ni cirurgia, tècniques de reanimació, diàlisi, antibioteràpia, quimioteràpia, radioteràpia, transfusions...

2- Que se m'administrin els fàrmacs necessaris per evitar-me el possible sofriment físic i/o psíquic causats per la malaltia, per la retirada dels tractaments, o per qualsevol altre motiu, encara que aquest procediment pugui escurçar la meva vida, i que si el meu estat arriba a un punt d'especial deterioració, els fàrmacs que se m'administrin siguin els necessaris per acabar d'una manera indolora, definitiva i ràpida amb els sofriments esmentats, podent arribar a la **sedació terminal**.

3- Si en el moment en que en trobi en la situació motiu d'aquesta declaració, la legislació ja hagués regulat el dret a l'**eutanàsia** activa voluntària, és el meu desig morir de forma ràpida i indolora per aquest procediment.

4- Les situacions a les quals em refereixo són:

- *Dany cerebral important i irreversible.
- *Càncer en fase avançada i irreversible.
- *Malaltia degenerativa en fase avançada del sistema nerviós i/o muscular, amb una important limitació de mobilitat.
- *Demència severa deguda a qualsevol origen, especialment si he arribat al punt de no poder expressar-me ni alimentar-me per mi mateix/a, ni reconèixer a familiars o persones properes.
- *Altres malalties o situacions de característiques similars a les mencionades.

5- Sol·licito als metges o altres professionals sanitaris que no puguin fer que es compleixin els meus desigs i voluntats, o que no hi estiguin d'acord, que derivin el meu cas a altres professionals sanitaris que els puguin complir.

A aquests professionals que els compleixin, els eximeixo de tota responsabilitat, i prego que mai se'ls censuri, ni se'ls culpi ni condemni pel fet d'haver-los complert.

No reconec a ningú cap dret ni atribució per a reclamar ni denunciar al centre hospitalari ni al personal sanitari pel fet d'executar la meva voluntat.

Finalment, en cas de dubtes en la interpretació d'aquest document vull que es tingui en compte l'opinió del/s meu/s representant/s.

Lloc: Data:

Signatura:

TESTIMONIS:

1- Nom i cognoms:

Domicili:.....

DNI:..... Signatura:

2- Nom i cognoms:.....

Domicili:.....

DNI: Signatura:

3- Nom i cognoms:.....

Domicili:.....

DNI: Signatura:

REPRESENTANTS:

Designo com a representants legals perquè vigilin el compliment de les voluntats expressades en aquest document i prenguin les decisions necessàries per a tal fi a:

1- Nom i cognoms:.....

Domicili:.....

Telèfon: DNI: Signatura:

2- Nom i cognoms.....

Domicili:.....

Telèfon:DNI: Signatura:

Data:

INDICACIONS ÚTILS PER ALS SIGNANTS DEL DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES / TESTAMENT VITAL

En un document de voluntats anticipades (també conegut com a “testament vital”) vostè expressa la seva voluntat sobre les atencions mèdiques que desitja rebre o no rebre en el cas que pateixi una malaltia irreversible o terminal, que l’hagi portat a un estat que li impedeixi expressar-se per si mateix.

Vostè pot redactar el seu propi document amb les indicacions i els raonaments que consideri pertinents. L’associació DMD ha elaborat aquest model imprès per a facilitar aquesta tasca.

Situació legal. A Catalunya, a partir de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, el testament vital, anomenat “voluntats anticipades”, té un estatus legal. En altres comunitats autònomes s’estan aprovant lleis similars; en aquelles on no hi ha legislació pel que fa al cas, el document no és il·legal i té un valor moral. Si s’hagués d’acudir a un tribunal per defensar el que vostè expressa en el seu testament vital, aquest document constituïria una prova de gran valor.

Signatura. D’acord amb la legislació de Catalunya, el document s’ha de signar davant d’un notari o de tres testimonis (dos d’aquests testimonis no poden ser familiars de primer o segon grau, ni estar vinculats per relacions patrimonials amb l’atorgador del document). El model de la DMD està preparat per a la signatura amb testimonis. Recomanem seguir aquestes formes de validació en les futures regulacions legals d’altres comunitats autònomes.

Representant. En aquest imprès s’inclou la possibilitat que vostè nomeni un representant. Convé que la persona escollida com a representant sigui algú que entengui tant com sigui possible els desigs, valors i motius en els quals vostè fonamenta les seves decisions sobre el final de la seva vida, per quan no pugui expressar-se per si mateix. A més a més, ha de tractar-se d’una persona disposada a lluitar perquè es compleixin les instruccions que vostè ha establert en el seu document de voluntats anticipades, en el cas que es plantegin dificultats per al seu compliment per part de l’equip sanitari o dels familiars. També té la possibilitat de nomenar un segon representant (substitut) per si el primer es trobés absent, hagués mort, o per algun altre motiu no pogués acomplir la seva tasca.

Punts 1, 2 i 3 del document. Especifiquen diferents opcions per pal·liar el seu patiment i evitar un allargament no desitjat de la seva vida. Si vostè no està d’acord amb el que es sol·licita en algun d’aquests punts, el pot ratllar.

Malalties enumerades. Vostè també pot ratllar les malalties enumerades en el punt 4 del document que no vulgui que hi figurin.

Difusió. És convenient que distribueixi còpies del document al seu representant i a d’altres persones de la seva confiança (inclòs el metge de capçalera, si és possible). Deixi indicacions sobre el lloc on es pot localitzar, per si patís un accident o una malaltia sobtada que li impedissin expressar-se. L’associació DMD té obert un Registre de Testaments Vitals per als seus socis, des de l’any 1996, que és útil per a facilitar-ne la localització. Els seus familiars o representants poden posar-se en contacte amb l’associació per a rebre assessorament sobre les possibles actuacions en casos conflictius. Aquests són serveis que ofereix la DMD als seus socis.

Anul·lació. Vostè pot anul·lar el document de voluntats anticipades/testament vital en qualsevol moment, senzillament estripant-lo (no s’oblidi de fer el mateix amb les còpies que pugui haver lliurat a d’altres persones), o declarant el seu canvi d’opinió per escrit o verbalment davant de testimonis.