DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

Si m'arriba el moment en què no pugui expressar la meva voluntat sobre els tractaments mèdics que se m'han d'aplicar, desitj i deman que aquesta Declaració sigui considerada com a expressió formal de la meva voluntat, assumida de forma conscient, responsable i lliure, i amb informació suficient que m'ha permès reflexionar i que sigui respectada com a document d'instruccions prèvies, testament vital, voluntats anticipades o document equivalent legalment reconegut segons la llei 11/2006 de 3 de març. Vull que es tengui en compte sobre la meva atenció sanitària quan em trobi en una situació en la qual, per diferents circumstàncies derivades del meu estat físic i/o psíquic, no pugui expressar la meva voluntat:

Quan aquest document sigui necessari, és el meu desig que sigui conegut per:

- ☐ La meva família
- ☐ Sacerdot catòlic

Consider que la vida en aquest món és un do i una benedicció de Déu, però no és el valor suprem absolut. Sé que la mort és inevitable i posa fi a la meva existència terrenal, però des de la fe crec que m'obre el camí a la vida que no s'acaba, vora Déu.

En cas de dubte en la interpretació d'aquest document, desitj que es tengui en compte l'opinió del meu o dels meus representants.

DESITJ QUE ES TENGUIN EN COMPTE ELS CRITERIS SEGÜENTS

Per al meu projecte vital, la qualitat de vida és un aspecte molt important i aquesta qualitat de vida la relacion amb uns supòsits que, a tall d'exemple, poden ser els següents:

- La possibilitat de comunicar-me per qualsevol mitjà i relacionar-me amb altres persones.
- El fet de no sofrir dolor important, ja sigui físic, psíquic o sofriment espiritual.
- La possibilitat de mantenir una independència funcional suficient que em permeti ser autònom/a en les activitats pròpies de la vida diària.
- Preferència per no perllongar la vida per si mateixa en situacions clíniques irreversibles.

- Preferència per romandre:
  - ☐ **En el meu domicili habitual** els darrers dies de la meva vida.
  - ☐ **A l'hospital** els darrers dies de la meva vida.
- En cas que em trobi transitòriament en estat de lucidesa**:**
  - ☐ **No** desitj ser informat del meu diagnòstic final.
  - ☐ **Sí** que desitj ser informat del meu diagnòstic final.

DESITJ QUE EN AQUEST DOCUMENT ES CONSIDERIN LES SITUACIONS CLÍNIQUES SEGÜENTS

Desitj que es respectin de forma genèrica els principis esmentats a l'apartat anterior, tant en les diverses situacions mèdiques com en les que s'especifiquen a continuació, però incloent-n'hi d'altres.

- Malaltia irreversible que m'ha de conduir inevitablement en un termini breu a la mort.
- Estat vegetatiu crònic.
- Estat avançat de la malaltia de pronòstic fatal.
- Estat de demència greu.
- Malaltia incurable avançada (malaltia de curs progressiu, gradual, en divers grau d'afectació a l'autonomia i la qualitat de vida, amb resposta variable al tractament específic, que evolucionarà cap a la mort a mitjan termini).
- Malaltia terminal (malaltia avançada, en fase evolutiva i irreversible, amb símptomes múltiples, impacte emocional, pèrdua de l'autonomia, amb molt

poca o nul·la capacitat de resposta al tractament específic i amb un pronòstic de vida generalment inferior als sis mesos, en un context de fragilitat progressiva).

- Situació d'agonia (la que precedeix la mort quan aquesta es produeix de forma gradual, i en la qual existeix deteriorament físic intens, feblesa extrema, alta freqüència de trastorns cognitius i de la consciència, dificultat de relació i d'ingesta i pronòstic de vida de dies o hores).

DESITJ QUE ES TENGUIN EN COMPTE LES ACTUACIONS SANITÀRIES SEGÜENTS

El que s'ha assenyalat anteriorment, d'acord amb els criteris i les situacions sanitàries específiques, implica prendre decisions com les següents:

- Desitj finalitzar la meva vida sense l'aplicació de tècniques de suport vital, respiració assistida o qualsevol altra mesura extraordinària desproporcionada i fútil que només estigui dirigida a perllongar artificialment la meva supervivència, i que aquestes mesures es retirin, si ja s'han començat a aplicar.
- Que em subministrin els fàrmacs necessaris per pal·liar al màxim el malestar, el sofriment psíquic i el dolor físic que m'ocasiona la malaltia.
- Si estigués embarassada i ocorregués cap de les situacions descrites a l'apartat anterior, vull que la validesa d'aquest document romangui en suspens fins després del part.
- Desitj que es faciliti als meus éssers estimats i familiars acompanyar-me en el tram final de la meva vida, si així ells ho manifesten i dins les possibilitats del context assistencial.
- Desitj que no se m'apliqui la prestació d'ajuda a morir en cap de les seves formes, sigui l'eutanàsia o el suïcidi mèdicament assistit.

VULL QUE ES TENGUIN EN COMPTE ELS DESITJOS SEGÜENTS SOBRE EL MEU COS, ASSENYALATS AMB UNA CREU

- ☐ Desitj donar els meus òrgans perquè siguin trasplantats a una altra persona que els necessiti.
- ☐ Desitj donar els meus òrgans a la investigació.
- ☐ Desitj donar el meu cos a la investigació, inclosa l'autòpsia quan sigui necessària segons criteri facultatiu.
- ☐ Desitj donar els meus òrgans a l'ensenyament universitari.
- ☐ Desitj donar els meus teixits per a la utilització clínica.
- ☐ Desitj donar els meus teixits a la investigació.
- ☐ Desitj ser incinerat.
- ☐ Desitj ser incinerat i enterrat
- ☐ Desitj ser enterrat sense ser incinerat.

DESITJ FINALMENT ACOMPANYAMENT ESPIRITUAL

- Sol·licit ajuda per a assumir cristianament i humanament el meu propi procés de morir i per això sol·licit la presència d'un sacerdot catòlic per a acompanyament espiritual i que se m'administrin els sagraments pertinents (Unció dels malalts, Viàtic…), inclosa la missa funeral quan arribi el moment.

- Desitj poder preparar-me per a aquest esdeveniment final de la meva existència, en pau, amb la companyia dels meus éssers estimats i el consol de la meva fe cristiana.

- **DESIGNACIÓ DE REPRESENTANT**

Subscric aquesta Declaració després d'una madura reflexió. I deman que els qui hagueu de cuidar-me respecteu la meva voluntat.

Design per vetlar pel compliment d'aquesta voluntat, quan jo mateix/a no pugui fer-ho, en/na……..……..., DNI ….....……, domicili a …….....…… i telèfon ….....…… i design com a substitut d'aquest representant legal per al cas que aquest no pugui o vulgui exercir aquesta representació, en/na ……....., DNI ….....…..…., domicili a …….....…… i telèfon ……..……

Facult aquestes mateixes persones perquè, en aquest supòsit, puguin prendre en nom meu les decisions pertinents.

ACCEPTACIÓ DE REPRESENTANT

Som conscient que us deman una responsabilitat greu i difícil. Precisament per compartir-la amb vosaltres i per atenuar-vos qualsevol possible sentiment de culpa o de dubte, he redactat i firm aquesta declaració.

Signatura: Data:

DNI:

Testimoni	
Domicili i tel.	
Signatura	DNI

Testimoni	
Domicili i tel.	
Signatura	DNI

Testimoni	
Domicili i tel.	
Signatura	DNI

Acceptació del representant designat per a vetlar per la voluntat de l'atorgant.

Testimoni	
Domicili i tel.	
Signatura	DNI

Acceptació del substitut del representant designat per a vetlar per la voluntat de l'atorgant.

Testimoni	
Domicili i tel.	
Signatura	DNI

- ✓ **S'han d'adjuntar els DNI de tots els testimonis i de la persona atorgant, com també la targeta sanitària de l'atorgant.**
- ✓ **Han de firmar a totes les pàgines l'atorgant i els testimonis.**
- ✓ **Aquest document, per a ser vàlid, s'ha de registrar a la corresponent oficina del Registre de Voluntats Anticipades del Govern Balear de l'illa on resideix l'atorgant.**
- ✓ **El telèfon de cita prèvia del Registre de Voluntats Anticipades del Govern de las Illes Balears és: 900 7010 130.**
- ✓ **Les adreces, els correus electrònics i telèfons de les oficines d'ajuda i informació dels bisbats són:**

MENORCA:
Cal Bisbe, 8 07760 bisbatdemenorca.com 971 380343

MALLORCA:
Seminari, 4 07001 bisbatdemallorca.org 971 213100

EIVISSA-FORMENTERA:
Pere Francès, 12 07800 obispadodeibiza.es 971 312774