



## **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 tenguin 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 tenguin 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 meva vida.
  - A l'hospital** els darrers dies de 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 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 meua 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 meua 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 se faciliti als meus éssers estimats i familiars acompanyar-me en el tram final de meua 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 ASSENYALATS AMB UNA CREU SOBRE EL MEU COS**



- 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 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 deman 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 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**

Subscriu aquesta Declaració després d'una madura reflexió. I deman que els qui hagueu de cuidar-me respecte 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.**
- ✓ **Es té que firmar en totes les pàgines per l'atorgant i testimonis.**
- ✓ **Aquest document per ser vàlid es té que registrar a la corresponent oficina del registre de Darreres Voluntats del Govern Balear de la illa on resideix l'atorgant.**