

2. SITUACIONS SANITÀRIES

Vull que es respectin de forma genèrica els principis esmentats en l'apartat anterior, i en situacions mèdiques com les que s'especifiquen a continuació, entre d'altres:

- Malaltia irreversible que ha de conduir inevitablement en un termini breu a la meva mort.
- Estat vegetatiu crònic.
- Estat avançat de la malaltia de pronòstic fatal.
- Estat de demència greu.

.....

.....

.....

3. INSTRUCCIONS SOBRE LES ACTUACIONS SANITÀRIES

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

- No prolongar inútilment de manera artificial la meva vida, per exemple mitjançant tècniques de suport vital: ventilació mecànica, diàlisi, reanimació cardiopulmonar, fluids intravenosos, fàrmacs o alimentació artificial.
- Que se'm subministrin els fàrmacs necessaris per pal·liar al màxim el malestar, el patiment psíquic i dolor físic que m'ocasiona la meva malaltia.
- Que, sense perjudici de la decisió que prengui, se'm garanteixi l'assistència necessària per procurar-me una mort digna.
- No rebre tractaments de suport i teràpies no contrastades que no demostrin efectivitat o que siguin fútils en el propòsit de prolongar la meva vida.
- Si estigués embarassada i ocorregués alguna de les situacions descrites en l'apartat II, vull que la validesa d'aquest document quedi en suspens fins després del part, sempre que això no afecti negativament el fetus.

.....

.....

.....

.....

- Igualment, manifesto el meu desig de fer donació dels meus òrgans per a trasplantaments, tractaments, investigació o ensenyament.

4. REPRESENTANT

D'acord amb l'article 8 de la Llei 21/2000, designo com a representant meu, perquè actui com a interlocutor vàlid i necessari amb el metge o l'equip sanitari que m'atendrà, en el cas de trobar-me en una situació en què no pugui expressar la meva voluntat,, amb el DNI número, amb domicili al carrer número, població, i telèfon

En conseqüència, autoritzo el meu representant perquè prengui decisions respecte a la meua salut en el cas que jo no pugui per mi mateix.

- Sempre que no es contradiguin amb cap de les voluntats anticipades que consten en aquest document.
- Limitacions específiques.

.....
.....

A Barcelona de de 20....

Representant

Representant alternatiu o substitut

Nom i cognoms DNI

Adreça Telèfon

A Barcelona de de 20....

Representant substitut

A Barcelona de de 20....

Atorgant

5. DECLARACIÓ DELS TESTIMONIS

Els sotasignats, majors d'edat, declarem que la persona que signa aquest document de voluntats anticipades ho ha fet plenament conscient, sense que haguem pogut apreciar cap tipus de coacció en la seva decisió.

Així mateix, els sotasignats com a testimonis primer i segon declarem no mantenir cap tipus de vincle familiar o patrimonial amb la persona que signa aquest document.

Testimoni primer

Nom i cognoms DNI
Adreça Telèfon

A Barcelona de de 20...

Primer testimoni

Testimoni segon

Nom i cognoms DNI
Adreça Telèfon

A Barcelona de de 20...

Segon testimoni

Testimoni tercer

Nom i cognoms DNI
Adreça Telèfon

A Barcelona de de 20...

Tercer testimoni



6. REVOCACIÓ

Jo,,
major d'edat, amb el DNI número i amb domicili al carrer
....., número
....., i telèfon, amb capacitat per prendre una decisió de manera
lliure i amb la informació suficient que m'ha permès reflexionar, deixo sense efecte el document
de voluntats anticipades signat amb data

A Barcelona de de 20...

Signatura del Atorgant
