

## Unitat d'Atenció al Ciutadà

### DOCUMENT INFORMATIU 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. El model d’imprès adjunt pot facilitar-li 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 adjunt està preparat per a la signatura amb testimonis.

**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. Entregui una còpia del document a la Unitat d’Atenció al Ciutadà de l’Hospital perquè sigui arxivat de manera ben visible a la seva història clínica.

**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.

.....

Núm. Registre: .....

**DOCUMENT VOLUNTATS ANTICIPADES (TESTAMENT VITAL)**

Jo .....

amb el DNI ....., major d'edat, amb domicili a .....

.....

en plenitud de les meves facultats mentals, lliurement i després d'una prolongada reflexió, DECLARO:

Que, si arribo a trobar-me en una situació en la qual no pugui prendre decisions sobre l'atenció mèdica que vull rebre, com a conseqüència del meu deteriorament físic i/o mental, en trobar-me en un dels estats clínics enumerats al punt 4 d'aquest document, la meva voluntat inequívoca és la següent:

1. Que no es prolongui la meva vida amb mitjans artificials, com ara tècniques de suport vital, fluids intravenosos, fàrmacs o alimentació artificial.
2. Que se'm subministrin els fàrmacs necessaris per a pal·liar el meu malestar, patiment psíquic i dolor físic, causats per la meva malaltia o per la manca de fluids o d'alimentació, encara que això pogués escurçar la meva vida.
3. Que, si arribo a trobar-me en un estat particularment deteriorat, se m'administrin els fàrmacs necessaris per acabar, definitivament i de forma ràpida i indolora, amb els patiments expressats al punt 2 d'aquest document.
4. Els estats clínics als quals faig esment més amunt són:
  - Dany cerebral greu i irreversible.
  - Tumor maligne disseminat, en fase avançada.
  - Malaltia degenerativa del sistema nerviós i/o sistema muscular, en fase avançada, que comporti una limitació important de la meva mobilitat i una manca de resposta positiva al tractament, en el cas d'haver-n'hi.
  - Demències presenils, senils o similars.
  - Malalties o situacions de gravetat comparables a les anteriors.
  - Altres:

.....  
.....

Em reservo el dret de revocar aquesta declaració en qualsevol moment, de forma verbal o per escrit.

Lloc .....

Data.....

Signatura

## DADES DELS TESTIMONIS I REPRESENTANTS

### TESTIMONIS

1.

Nom.....

DNI..... Signatura

2.

Nom.....

DNI..... Signatura

3.

Nom.....

DNI..... Signatura

### REPRESENTANTS

Designo, com el meu **representant legal**, perquè vigili el compliment de les instruccions sobre el final de la meva vida, expressades en aquest document, i perquè prengui les decisions necessàries amb aquesta finalitat:

Nom.....

DNI .....

Data.....

Signatura

2n. representant (substitut)

Nom.....

DNI .....

Data.....

Signatura