

# DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

## INSTRUCCIONS I CRITERIS A SEGUIR

Jo, \_\_\_\_\_, major d'edat, amb el NIF/NIE núm. \_\_\_\_\_, amb domicili a \_\_\_\_\_, carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_ i codi postal \_\_\_\_\_, amb el núm. de telèfon \_\_\_\_\_

amb la capacitat per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació suficient, que m'ha permès reflexionar, **expresso** els criteris i les instruccions que desitjo que es tinguin en compte sobre la meva atenció sanitària, quan em trobi en una situació en què, per diferents circumstàncies derivades del meu estat físic o psíquic, no pugui expressar la meva voluntat.

### Criteris que desitjo que es tinguin en compte

Per al meu projecte vital, la qualitat de vida és un aspecte molt important i la relaciono amb uns criteris que, entre d'altres, són els següents:

- La possibilitat de comunicar-me de qualsevol manera i relacionar-me amb altres persones.
- El fet de no patir dolor important, ja sigui físic o psíquic.
- La possibilitat de mantenir una independència funcional suficient que em permeti ser autònom per a les activitats pròpies de la vida diària.
- El fet de no prolongar la vida per si mateixa si no es donen els mínims que resulten dels apartats precedents quan la situació és irreversible.
- El fet de romandre al meu domicili habitual en els últims dies de la meua vida i morir-hi.
- En la interpretació d'aquest document vull que es tingui en compte l'opinió del meu representant referent a qualsevol decisió sobre mi.
- En cas que el professional sanitari que m'atengui no pugui assumir una actuació d'acord amb la meua voluntat aquí expressada, sol·licito ser atès per altres professionals sanitaris que puguin fer-ho.
- Altres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DESIGNACIÓ DE LA PERSONA REPRESENTANT

*Convé que els representants siguin persones amb qui tingueu una vinculació afectiva, d'amistat o parentiu, que coneguin els vostres valors i defensin els vostres interessos en les decisions. En aquest sentit, cal que valoreu la conveniència que el representant no sigui cap dels testimonis ni cap dels professionals que després hagi d'executar la decisió presa.*

*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 situació en què no pugui expressar la meua voluntat, a:*

---

amb DNI núm.

amb domicili al carrer

---

núm.

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, perquè tingui la informació necessària per fer-ho, perquè l'administri com cregui oportú i perquè em substitueixi en els consentiments que s'hagin de donar sempre que no es contradiguin les voluntats que consten en aquest document.

### Limitacions específiques:

---

Data \_\_\_\_\_ Signatura del representant (opcional)

Representant(s) alternatiu(s)

Nom i cognoms

NIF/NIE

---

Adreça

Telèfon

---

Data

Signatura de la persona representant alternativa

Signatura de l'atorgant

Lloc i data

## DECLARACIÓ DELS TESTIMONIS

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

Així mateix, els sotasignats com a testimonis primer i segon declarem que no mantenim cap vincle ni familiar, fins a segon grau, ni patrimonial amb la persona que signa aquest document.

### Testimoni primer

Nom i cognoms

NIF/NIE

Adreça

Telèfon

Data

Signatura del testimoni primer

### Testimoni segon

Nom i cognoms

NIF/NIE

Adreça

Telèfon

Data

Signatura del testimoni segon

### Testimoni tercer

Nom i cognoms

NIF/NIE

Adreça

Telèfon

Data

Signatura del testimoni tercer