



Model del document de voluntats anticipades en presència de tres testimonis

Us presentem el model per redactar un document de voluntats anticipades (DVA). Aquest model us pot ser d'ajuda per emplenar les instruccions del vostre DVA. Podeu utilitzar altres models o confeccionar-ne un de propi.

El model consta de dues parts fonamentals:

- **Instruccions i criteris personals.**
- **Designació dels tres testimonis que avalen la declaració.**

Abans d'emplenar el document, us recomanem que us adreceu a la pàgina web del [Canal Salut \(https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/voluntats-anticipades\)](https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/voluntats-anticipades) on trobareu les guies informatives sobre les [voluntats anticipades](#).

Recordeu que sempre podeu demanar orientació a un professional sanitari per tal de valorar l'abast de les vostres decisions.

La voluntat del pacient ha de ser lliure, competent, informada i no alterada. I per garantir-ho, la persona interessada ha de formalitzar la seva declaració davant de tres testimonis.

Els tres testimonis, avalen la declaració i han de signar a l'interior del DVA, ja que donen fe que el titular es troba plenament conscient per poder decidir sobre el seu estat mèdic i no es troba coaccionat mentre fa la declaració.

El DVA pot ser formalitzat amb el model que desitgi la persona sol·licitant, sempre que contingui les dades requerides:

- Dades de contacte i signatura de la persona sol·licitant.
- Dades de contacte i signatura de tres testimonis

Si voleu modificar el DVA: la persona que ha fet el DVA pot renovar-lo o modificar-lo en qualsevol moment. Aquesta renovació o modificació es pot fer a través de qualsevol de les opcions que contempla la normativa vigent quant a formalització del DVA.

Si voleu revocar el DVA: la persona que ha fet el DVA pot donar de baixa el registre en qualsevol moment. Cal seguir els tràmits establerts al [Canal Salut \(https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/voluntats-anticipades\)](https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/voluntats-anticipades).

Sempre té la validesa la darrera i la més recent expressió o document.

Document de voluntats anticipades (DVA)

Dades de la persona que expressa la seva voluntat anticipadament

Jo, _____ major d'edat, amb DNI/NIE/Passaport núm. _____

amb domicili a _____, carrer _____

número _____, pis _____ i codi postal _____, amb el número 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 meua voluntat.

Instruccions i criteris personals

Criteris que desitjo 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 bàsiques 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 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.
- En la interpretació d'aquest document vull que es tingui en compte l'opinió del meu representant voluntari a qualsevol decisió sobre mi.



Altres (especifiqueu-los)

Situacions sanitàries previstes

Vull que es respectin de manera genèrica els criteris esmentats a l'apartat anterior i, sobretot, en cas de trobar-me en situacions mèdiques com les que s'especifiquen a continuació:

- Malaltia irreversible que, en un termini breu, condueixi inevitablement a la meua mort.
- Estat vegetatiu crònic.
- Estat avançat de la malaltia de pronòstic fatal.
- Estat avançat de demència.

Altres (especifiqueu-los)

Instruccions sobre les actuacions sanitàries

Per tot el que s'ha assenyalat anteriorment, d'acord amb els criteris i les situacions sanitàries especificades, demano que es respectin les decisions següents:

- No prolongar inútilment de manera artificial la meua vida, mitjançant tècniques de suport vital -ventilació mecànica, diàlisi, reanimació cardiopulmonar, fluids intravenosos, fàrmacs o alimentació artificial i retirar-les si ja se m'han començat a aplicar i només serveixen per mantenir una supervivència biològica sense sentit.
- No rebre tractaments de suport ni teràpies poc contrastades que no hagin demostrat efectivitat o que ja siguin fútils.
- Que se'm subministrin els fàrmacs necessaris per pal·liar al màxim el malestar, el patiment psíquic i el dolor físic.
- Que, sens perjudici de la decisió que prengui, se'm garanteixi l'assistència necessària per procurar-me una mort en pau.
- Si estigués embarassada i succeís alguna de les situacions descrites a l'apartat anterior, que la validesa d'aquest document quedi en suspens fins després del part, sempre que això no afecti negativament el fetus.
- Que els meus familiars i les persones més properes puguin acompanyar-m'hi.
- No ser traslladat del lloc on resideixo en l'últim tram de la meua vida.
- Rebre assistència espiritual, d'acord amb les meves creences.

Altres (especifiqueu-los)

Altres instruccions sobre el meu cos

Manifesto el meu desig de fer donació dels meus òrgans per a:

- Trasplantaments.
- Investigació científica.
- Docència.

Altres instruccions relatives al meu cos (especifiqueu-les)



En el cas que es vulgui fer donació al Servei de Donació de Cossos, cal que es posi en contacte amb la facultat de medicina més propera al lloc de residència per rebre informació sobre el significat i les condicions en que es realitzarà la donació.

S'ha de tenir present que, possiblement, l'autoritat i la potestat respecte a algunes d'aquestes instruccions no pertanyi als metges, sinó a altres figures professionals a qui s'haurà d'acudir per assegurar-ne l'acompliment.

Voluntat d'eutanàsia

Amb independència que, per respectar la meua voluntat i els meus desitjos, es tinguin en compte els criteris i les instruccions expressades anteriorment, vull que aquest document tingui la consideració formal de sol·licitud per rebre l'eutanàsia si es compleixen els requisits establerts per la Llei orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia, dels quals soc coneixedor.

- Davant la possibilitat que em trobi en una situació en la qual em resulti impossible expressar-me i, per tal d'ajudar a interpretar millor la meua voluntat, vull que quedi clar que, per a mi, trobar-me en alguna de les situacions següents, és una causa de patiment insuportable i intolerable:

- Una malaltia greu i incurable amb un pronòstic de vida limitat i en un context de fragilitat progressiva.
- Una malaltia irreversible que, en un termini breu, condueixi inevitablement a la meua mort.
- L'estat vegetatiu crònic.
- L'estat avançat de demència.
- Una malaltia, lesió, condició física o psíquica que:
 - M'impossibiliti comunicar-me de qualsevol manera i relacionar-me amb altres persones.
 - Em produeixi patiment insuportable i intolerable.
 - M'impossibiliti mantenir una independència funcional suficient que em permeti ser autònom per a les activitats bàsiques de la vida diària.

Aspectes que vull que es tinguin en compte (per exemple, lloc on voldria que es fes l'eutanàsia, persones que vull que m'acompanyin, etc.):

Altres aspectes que vull que es tinguin en compte:

Signatura de la persona que expressa la seva voluntat:

Lloc i data



Designació de la persona representant (opcional)

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.

Jo, _____ major d'edat, amb el DNI/NIE/Passaport núm. _____

amb domicili a _____, carrer _____

número _____, pis _____ i codi postal _____, amb el número de telèfon _____

amb la capacitat per prendre una decisió de manera lliure i d'acord amb l'article 8 de la Llei 21/2000 designo, en representació meva, perquè actuï d'interlocució vàlida i necessària 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, la persona següent:

Nom i cognoms _____

DNI/NIE/Passaport núm. _____

Adreça _____

Telèfon _____

Signatura de la persona representant (opcional)

I designo, com a persona representant alternativa **(opcional)**

Nom i cognoms _____

DNI/NIE/Passaport núm. _____

Adreça _____

Telèfon _____

Signatura de la persona representant alternativa (opcional)

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.

Signatura de la persona que expressa la seva voluntat

Lloc i data



Limitacions específiques:

Declaració i declaració dels tres testimonis

Els sotasignats, majors d'edat, declarem que la persona sol·licitant i 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 sol·licitant que signa aquest document.

Testimoni primer

Nom i cognoms

DNI/NIE/Passaport núm.

Adreça

Telèfon

Lloc i data

Signatura del testimoni primer

Testimoni segon

Nom i cognoms

DNI/NIE/Passaport núm.

Adreça

Telèfon

Lloc i data

Signatura del testimoni segon

Testimoni tercer

Nom i cognoms

DNI/NIE/Passaport núm.

Adreça

Telèfon

Lloc i data

Signatura del testimoni tercer