

CONSIDERACIONS SOBRE EL DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

Què és el Document de Voluntats Anticipades (DVA):

El DVA és un document escrit en el qual una persona, major d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure hi fa constar les pròpies preferències sobre les cures i tractaments que vol rebre o rebutjar en diferents situacions en les quals no tingui la capacitat de decidir o d'expressar-se personalment.

A més en la declaració de voluntats anticipades, es pot fer constar:

- La decisió respecte a la donació d'òrgans per a transplantament, per a investigació o per docència a la universitat.
- La sol·licitud de prestació d'eutanàsia en una situació en la qual les circumstàncies no li permetin expressar personalment la seva voluntat.

Es pot canviar d'opinió amb el temps, i sempre preval la decisió més actual manifestada per vostè.

Normativa:

El DVA s'empara en la llei 21/2000 del Parlament de Catalunya i la 41/2002 de l'estat espanyol.

Requisits per formalitzar DVA:

Ser major d'edat i tenir plena capacitat per expressar de manera lliure i anticipadament les instruccions a tenir en compte quan les circumstàncies no li permetin expressar personalment la seva voluntat

Formalització:

És necessari que vostè garanteixi la seva identitat, així com la seva capacitat, que coneix el contingut del DVA i que aquest es correspon amb la seva voluntat. Per tal de garantir aquests requisits de validesa, el DVA s'ha d'atorgar amb intervenció de tres testimonis o davant d'un notari. :

- Amb intervenció de tres testimonis: la llei exigeix que els tres testimonis siguin majors d'edat, que tinguin la capacitat d'obrar i que, com a mínim, dos d'ells no tinguin relació de parentiu fins al segon grau ni estiguin vinculats amb vostè per relació patrimonial.
- Davant d'un notari: no calen testimonis.

Aquest document cal incorporar-lo a la història clínica del pacient. Si vostè es visita a qualsevol dels centres del Parc de Salut Mar, el Servei de Documentació Clínica de l'Hospital del Mar s'encarregarà de fer aquest tràmit.

Registre del DVA:

Per tal de facilitar-ne l'accés als professionals que l'hagin de tenir en compte, el DVA es pot inscriure al Registre de Voluntats Anticipades del Departament de Salut. D'aquesta manera el document queda incorporat a la Història Clínica Compartida i també podrà ser visualitzat a la resta de l'estat espanyol.

Si l'heu formalitzat amb intervenció de tres testimonis: Es pot presentar directament a “El Registre de Voluntats Anticipades del Departament de Salut” que es troba al carrer Travessera de les Corts 131-151, Pavelló Ave Maria, Barcelona. Tel. 932 272 900 o bé al Centre d'Atenció Primària, des d'on derivaran el document pel registre al Departament de Salut.

Caldrà presentar:

- Sol·licitud d'inscripció al Registre, emplenada amb lletres majúscules
- Fotocòpia del full de sol·licitud un cop emplenat i signat
- Document de Voluntats Anticipades
- Fotocòpia **compulsada** del DNI de l'interessat/da i dels tres testimonis

Si l'heu formalitzat davant notari: És el propi notari qui fa la tramesa del document al Registre de Voluntats Anticipades.

Validesa:

La inscripció al registre és totalment voluntària i encara que no es faci la inscripció, sempre i quan es compleixin els requisits establerts per la llei (formalització davant notaria o tres testimonis), el DVA serà vàlid.

Què és un representant?:

El representant és una persona de plena confiança designada per vostè al DVA, que ha de conèixer els seus valors i la seva voluntat tot tenint facultats per interpretar-la i aplicar-la. La seva funció consisteix a fer d'interlocutor amb el metge o l'equip sanitari quan vostè no pugui expressar la seva voluntat per si mateix.

Cal designar representant?:

Tot i que no és obligatori designar una persona que el representi, és molt important fer-ho per facilitar la correcta interpretació del document i la comunicació de l'equip mèdic amb la família. És aconsellable fer constar una segona persona com a representant alternatiu per si quan arriba el moment la primera no està localitzable.

Modificació i revocació:

Complint els mateixos requisits, vostè pot modificar o revocar qualsevol document de voluntats anticipades anterior, deixant constància al Registre de Voluntats Anticipades del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i/o centre de salut en els mateixos termes explicats a l'apartat de registre.

Assessorament i dubtes:

El Servei d'Atenció al Ciutadà li facilitarà la informació i documentació relacionada que pugui necessitar. Pot contactar via telefònica, trucant al 93 248 30 71 o bé mitjançant formulari de consulta que es troba a l'espai habilitat del Servei d'Atenció al Ciutadà de la nostra web: www.parcdesalutmar.cat/

DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

Jo, _____, major d'edat, amb el NIF/NIE núm. _____, amb domicili a _____, carrer _____ núm. _____, pis _____ i codi postal _____, amb el núm. de telèfon _____ i adreça electrònica _____; 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

A. INSTRUCCIONS I CRITERIS PERSONALS.

Marqui les condicions que facin referència a les seves preferències.

I. 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 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 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:

II. 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 meva mort.
- Estat vegetatiu crònic.
- Estat avançat d'una malaltia de pronòstic fatal.
- Estat avançat de demència.
- Altres:

III. 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 meva vida, mitjançant tècniques de suport vital (per exemple, ventilació mecànica, diàlisi, reanimació cardiopulmonar, fluids intravenosos, fàrmacs o alimentació artificial, etc...) i retirar-les si ja se m'han començat a aplicar i només serveixen per mantenir una supervivència biològica sense sentit.
- Altres tècniques de suport vital. Especificar si cal:

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 II, 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-me.
- 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:

IV. 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:

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.

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.

Lloc i data	Signatura de qui expressa la seva voluntat
-------------	--------------------------------------------

SOL·LICITUD 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.

En cas de dubte, la persona nomenada representant meu serà la que interpreti la meua situació com a "patiment greu i impossibilitant", d'acord amb les consideracions que faig a continuació. El meu representant és qui considerarà el moment oportú per sol·licitar que s'iniciï el procediment que estableix la Llei per rebre l'eutanàsia.

En cas que el meu representant, per impossibilitat o per inactivitat no assumís la seva funció i no existís un representant substituït, vull que qualsevol persona del meu entorn, coneixedora de l'existència del DVA, o en el seu defecte, el metge responsable de la meua atenció, iniciï el procediment, quan es donin les condicions requerides per la Llei.

Per tal d'ajudar a interpretar millor la meua voluntat, expresso que:

Per a mi, són **causa de patiment, físic o mental, intolerable i incompatible amb el meu propi concepte de dignitat personal**,. les situacions següents:

- Una malaltia greu i incurable amb un pronòstic de vida limitat i en un context de fragilitat progressiva
- Un patiment greu, crònic i impossibilitant que limiti la meua autonomia física i activitats de la vida diària de manera que no pugui valdre'm per mi mateix i incideixi en la meua capacitat de relació i expressió.
- L'estat vegetatiu crònic.
- L'estat avançat de demència
- Em produeixi dolor important, ja sigui físic o psíquic que m'impossibiliti mantenir una independència funcional suficient que em permeti ser autònom per a les activitats pròpies de la vida diària.

Altres: _____

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

Lloc i data	Signatura de qui expressa la seva voluntat
-------------	--------------------------------------------

B. DESIGNACIÓ DE LA PERSONA REPRESENTANT

Convé que els seus representants siguin persones amb qui tingui una vinculació afectiva, d'amistat o parentiu, que coneguin els seus valors i defensin els seus interessos en les decisions.

Jo, _____, major d'edat, amb el DNI/NIE núm. _____, amb domicili a _____, carrer _____ núm. _____, pis _____ i codi postal _____, amb el núm. de telèfon mòbil _____ i de fix _____; amb la capacitat per prendre una decisió de manera lliure i d'acord amb l'article 8 de la Llei 21/2000 designo, com a representant meu, perquè actuï 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, la persona següent:

Nom i cognoms DNI/NIE

Adreça Telèfon

Data Signatura de la persona representant

I designo, com a persona representant alternativa (opcional)

Nom i cognoms DNI/NIE

Adreça Telèfon

Data Signatura de la persona representant alternativa

En conseqüència, autoritzo el meu representant perquè prengui decisions respecte a la meva 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: _____

Lloc i data	Signatura de qui expressa la seva voluntat
-------------	--------------------------------------------

Annex 1. 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 DNI/NIE

Adreça Telèfon

Data Signatura del testimoni primer

Testimoni segon

Nom i cognoms DNI/NIE

Adreça Telèfon

Data Signatura del testimoni segon

Testimoni tercer

Nom i cognoms DNI/NIE

Adreça Telèfon

Data Signatura del testimoni tercer