

## **DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES**

Jo.....,major d'edat, amb  
DNI/Passaport.....i amb domicili  
a....., carrer.....  
núm..... pis..... , amb capacitat per prendre aquesta decisió de manera lliure i  
amb la informació suficient que m'ha permès reflexionar, expreso les instruccions que vull  
que es tinguin en compte sobre la meva atenció sanitària quan em trobi en una situació  
que, per diferents circumstàncies derivades del meu estat físic i/o psíquic no pugui  
expressar la meva voluntat.

**DISPOSO QUE**, en el cas que en un futur em trobés en situació com les que aquí  
s'especifiquen:

### SITUACIONS SANITÀRIES

- Malaltia greu irreversible que ha de conduir inevitablement en un termini breu a la meva mort.
- Estat vegetatiu permanent
- Estat de demència greu
- Altres: .....
- .....
- .....

### INSTRUCCIONS SOBRE LES ACTUACIONS SANITÀRIES

- No vull que se'm prolongui artificialment la meva vida, per exemple, amb tècniques de suport vital: ventilació mecànica, diàlisi, reanimació cardiopulmonar, sèrums intravenosos, fàrmacs o alimentació artificial. En el supòsit que se'm hagin instaurat aquestes mesures per desconeixement d'aquest document, que se'm retirin.
- Desitjo que se'm subministrin els fàrmacs necessaris per disminuir al màxim el malestar, el dolor físic i el patiment psíquic que m'ocasiona la meva malaltia, encara que això pogués escurçar la meva vida.
- No vull rebre tractaments de tipus experimental i tractaments que no hagin demostrat efectivitat en el propòsit de prolongar la meva vida amb els mínims de la qualitat com la desitjaria.

**IGUALMENT**, manifesto el meu desig de fer donació dels meus òrgans per a:

- Trasplantaments**
- Investigació**
- Ensenyament.**

**EN EL CAS QUE ESTIGUÉS EMBARASSADA i ocorregués alguna de les situacions descrites anteriorment, vull que:**

- Es mantingui la validesa d'aquest document només en aquelles circumstàncies que no afecti la viabilitat del fetus.
- La validesa d'aquest document quedi en suspens fins després del part, sempre que això no afecti negativament el fetus.
- .....
- .....

**Signatura:**

**En data del dia..... del mes.....de l'any.....**

## **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 la que no pugui expressar la meva voluntat. Aquesta representació serà vàlida sempre que no es contradigui amb cap de les voluntats anticipades que consten en aquest document.**

Nom i cognoms.....

DNI/Passaport.....Població:.....

Adreça.....núm:..... pis.....

Telèfon.....

Limitacions específiques:.....

.....

**Signatura:**

**En data del dia..... del mes.....de l'any.....**

---

### **Representant substitut:**

Nom i cognoms:.....

DNI / Passaport.....Població.....

Adreça.....núm.....pis.....

Telèfon.....

**Signatura:**

**En data del dia..... del mes.....de l'any.....**

## **DECLARACIÓ DELS TESTIMONIS**

**Declarem que la persona que signa aquest document ho ha fet amb plena consciència i capacitat mental, sense que haguem pogut apreciar cap tipus de coacció en la decisió que ha pres. També declaren com a testimonis primer i segon, que no mantenim cap tipus de vincle familiar o patrimonial amb la persona que signa aquest document de voluntats anticipades.**

### **Testimoni primer**

Nom i cognoms:.....

DNI / Passaport..... Població .....

Adreça..... núm..... pis.....

Telèfon.....

.

**Signatura:**

**Lloc .....**

**En data del dia..... del mes..... de l'any.....**

---

### **Testimoni segon**

Nom i cognoms:.....

DNI / Passaport..... Població .....

Adreça..... núm..... pis.....

Telèfon.....

.

**Signatura:**

**Lloc .....**

**En data del dia..... del mes..... de l'any.....**

---

### **Testimoni tercer**

Nom i cognoms:.....

DNI / Passaport..... Població .....

Adreça..... núm..... pis.....

Telèfon.....

.

**Signatura:**

**Lloc .....**

**En data del dia..... del mes..... de l'any.....**

**REVOCACIÓ**

Jo,.....  
major d'edat, amb el DNI / Passaport....., amb capacitat per  
prendre aquesta decisió de manera lliure i amb la informació suficient que m'ha permès reflexionar,  
deixo sense efecte aquest document.

**Signatura:**

**Lloc .....**

**En data del dia..... del mes..... de l'any.....**