



Informació

9

Informació sobre el Document de Voluntats Anticipades

Aquest full informatiu li explicarà les possibilitats que té de prendre decisions sobre les atencions mèdiques i com pot preveure el que s'ha de fer en cas que no pugui expressar-ho o decidir per vostè mateix.

La capacitat dels malalts per prendre decisions relacionades amb la seva malaltia és un dret reconegut per la legislació espanyola i europea, i el Document de Voluntats Anticipades (DVA) es fonamenta en el respecte i la promoció de l'autonomia del pacient, autonomia que, mitjançant aquest document, es prolonga quan el malalt no pot decidir per ell mateix. Li recomanem la lectura atenta de l'article nº 8 de la Llei catalana 21/2000 que tracta els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient.

En que consisteix el Document de Voluntats Anticipades (DVA)?

El DVA és el document, adreçat al metge responsable, en el qual una persona major d'edat expressa per escrit les instruccions a tenir en compte per quan es trobi en una situació en què les circumstàncies que concorrin no li permetin expressar personalment la seva voluntat. En aquest document, la persona pot també designar un representant, que és l'interlocutor vàlid i necessari amb el metge o l'equip sanitari, perquè la substitueixi en el cas que no pugui expressar la seva voluntat per ella mateixa.

Qui decideix el seu tractament?

Els seus metges li donaran informació sobre la seva situació i consell sobre el tractament, la seva utilitat i els riscos de les diferents opcions terapèutiques. Vostè té el dret de decidir: pot acceptar el que li proposen o pot dir que no a qualsevol tractament que no desitgi, encara que aquest tractament pogués prolongar la seva vida.

I si està massa malalt per decidir?

En aquest cas, el seu metge demanarà a la seva família o als seus amics més íntims que l'ajudin a decidir el millor per vostè. Per a això, és important que vostè confeccioni un DVA que els permeti conèixer quines són les seves preferències, i fins i tot, qui desitja que parli per vostè.

Si desitja assessorament per complimentar el DVA, posi-ho en coneixement del personal assistencial –el seu metge, la seva infermera– que ho comunicarà al Servei d'Atenció a l'Usuari, per tal de que li donin el suport que necessiti .



IMAS

Institut Municipal
d'Assistència Sanitària

Qui necessita per complimentar el document?

Vostè mateix pot fer-ho. La legislació actual estableix que es formalitzi davant de notari o bé davant de tres testimonis amb uns requisits determinats. Pot renovar el document periòdicament, completar-lo o canviar-lo en qualsevol moment.

Qui pot nomenar perquè prengui decisions sobre tractaments mèdics quan vostè no pugui fer-ho?

La millor manera d'adaptar la seva voluntat a les múltiples circumstàncies possibles és que nomeni un representant en el qual confiï, sigui parent o amic, perquè ajudi als professionals a prendre les decisions per si un dia no ho pogués fer vostè mateix. Parli amb la persona o persones que el representen de les seves decisions i preferències.

Vostè ha estat anomenat representant per actuar com interlocutor vàlid i necessari amb el metge en el cas que qui l'ha designat al seu DVA no pugui expressar la seva voluntat per si mateix.

Per això, haurà d'interpretar i explicar les instruccions de qui el designa, havent de ser aquestes decisions pel bé del pacient. Abans d'acceptar la seva designació és important:

- que sàpiga que la seva funció potser s'haurà de fer d'aquí molts anys.
- la conveniència de conèixer l'escala de valors de qui el designa, dels seu sentit de la vida i del patiment.

Què fer amb el DVA una vegada hagi estat complimentat?

Parli amb el seu metge de les seves decisions i doni-li una còpia del full. Doni'n una altra còpia a la persona que hagi nomenat el seu representant i dugui'n una còpia quan ingressi en un hospital o en un altre centre assistencial. També existeix un registre centralitzat de documents de voluntats anticipades en el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Requeriments per poder fer un DVA

- Ser major de 18 anys i tenir capacitat de fer-ho.
- No ser coaccionat ni influenciat per altres.
- Comprendre l'abast de la seva decisió.
- Ser informat de les diferents alternatives i conseqüències no desitjades.
- Haver estat ben informat de la seva malaltia per part del seu metge.
- Si vol nomenar un representant, que aquest tingui coneixement de la seva decisió.
- Conèixer els límits legals: actuacions contra la llei, contra les bones pràctiques o situacions no previstes.

Si vostè opta per fer un DVA mitjançant testimonis

Els testimonis han de saber que han estat designats per a verificar que qui està atorgant aquest document és qui afirma ser, que sap el que fa, i que aquest document, en què també haurà de signar manifestant no tenir cap causa d'incompatibilitat, es correspon amb la seva voluntat.

I recordi que per a poder ser testimoni cal:

- ser major 18 anys i tenir plena capacitat d'obrar.
- dos dels tres testimonis necessaris no han d'estar vinculats per relació patrimonial amb l'atorgant ni han de tenir relació de parentesc consanguini ni polític fins el segon grau (avis, pares, fills, germans, sogres, gendres i cunyats).



Document de Voluntats Anticipades

Jo,....., major d'edat amb DNI númi amb domicili a carrer, amb plena capacitat d'obrar i de manera lliure, atorgo el present **Document de Voluntats Anticipades**, que vull que es tingui en compte en la meua atenció sanitària, per **si em trobo en una situació en què no pugui expressar la meua voluntat** per diferents circumstàncies derivades del meu estat físic i/o psíquic.

En el cas de que jo em trobés en alguna de les situacions que es descriuen en aquesta Declaració i amb capacitat d'expressar la meua voluntat, el contingut d'aquest document quedarà supeditat al que jo decideixi en aquell moment.

Pel que fa a la interpretació i aplicació d'aquest **Document**, designo representant meu a:

..... amb DNI núm, amb domicili a carrer i telèfon/ que haurà de ser considerat l'interlocutor vàlid i necessari pel metge o l'equip sanitari que m'atengui i garant del compliment de la meua voluntat aquí expressada.

Així mateix, per si es dona el cas d'impossibilitat d'exercir o de renúncia del meu representant, designo substituït a: amb DNI núm....., amb domicili a carrer i telèfon/

Declaro que:

Si en un futur em trobés en alguna de les situacions esmentades a continuació:

- () Malaltia irreversible de pronòstic previsiblement fatal en un període inferior a 6 mesos.
- () Coma irreversible o deteriorament cognitiu avançat
- ()
- ()

Disposo que:

- () No es prolongui inútilment i de manera artificial la meua vida (per exemple mitjançant procediments agressius i/o tècniques de suport vital avançat), se'm subministrin els fàrmacs necessaris per tal de paliar al màxim el meu patiment físic i/o psíquic, i se'm garanteixi l'assistència necessària per procurar-me una mort digna.
- () No se m'administrin teràpies mèdiques o quirúrgiques d'efectivitat indemostrada o que siguin inútils en el propòsit de prolongar la meua vida.
- () Si estigués embarassada i ocorregués alguna de les situacions descrites en la declaració anterior, vull que la validesa d'aquest document quedi en suspens fins després del part, sempre que això no afecti negativament al fetus.
- ()
- ()



Document de Voluntats Anticipades

Igualment, manifesto el meu desig de fer donació dels meus òrgans per a transplantaments (),
investigació () o ensenyament ().

Disposició addicional 1

() Destijo que el contingut d'aquest Document quedi sense validesa si transcorren més de 5 anys des
del moment de signar-lo.

Disposició addicional 2

() En cas de que el o els professionals sanitaris que m'atenguin addueixin motius de consciència per
no actuar d'acord amb la meva voluntat aquí expressada, vull ser transferit a un altre o altres
professionals que estiguin disposats a respectar-la.

Lloc i data:

Signatura de l'atorgant

Signatura del representant

Signatura del r. Substitut

En cas que el present Document s'atorgui davant testimonis i no davant notari:

Testimoni primer

DNI núm Signatura:

Testimoni segon

DNI núm Signatura:

Testimoni tercer

DNI núm Signatura:

Disposició final

En el supòsit que, més endavant, l'atorgant volgués deixar sense efecte el present Document podrà,
si és el cas, signar l'ordre de revocació següent:

Jo,, major
d'edat amb DNI núm amb plena capacitat d'obrar i de manera lliure revoco i
deixo sense efecte el present document de Voluntats Anticipades en tots els seus extrems.

Lloc i data:, Signatura: