



DOCUMENTO DE INSTRUCCIÓN PREVIAS

D/Dna....., maior de idade, con DNI/NIE, nado o día de do 19....., con domicilio en (rúa, nº, andar) concello....., provincia, código postal

MANIFESTO:

Que teño capacidade de obrar e que actúo libremente.

Que recibín suficiente información, tras o cal reflexionei coidadosamente e tomo, por tanto, a decisión de manifestar as miñas instruccións previas a través de este documento de acordo coa Lei 41/2002, do 14 de novembro (BOE do 15 de novembro de 2002), a Lei 3/2001, do 28 de maio (DOG do 8 de xuño de 2001), a Lei 12/2013, do 9 de decembro (DOG de 3 de xaneiro de 2014) e a Lei 5/2015, do 26 de xuño (DOGA 133 do 16 de xuño de 2015).

Que desexo que as seguintes instruccións con respecto á miña atención sanitaria, sexan **respectadas e cumpridas** se chegara a atoparme en situación de non poder expresar a miña vontade debido ao meu deterioro físico, sensorial e/ou psíquico, para o cal solicito que se teñan en conta os seguintes

Criterios (marco os que se corresponden co meu proxecto vital)

- Capacidade de comunicarme e de relacionarme con outras persoas.
- Non padecer dor físico e/ou psíquico.
- Manter independencia funcional suficiente para realizar as actividades propias da vida diaria.
- Preferencia por non prolongar a vida en si mesma en situacións clinicamente irreversibles.
- Importancia da espiritualidade e tronso da morte.
- Desexo coñecer sempre a miña situación clínica, e moi especialmente o pronóstico de morte, incluso a pesar de que, aparentemente, non teña capacidade de conciencia.
- Preferencia por permanecer no meu domicilio habitual durante os derradeiros días da miña vida, recibindo os coidados paliativos necesarios.
- Outros

Que expreso estas instruccións sobre coidados e tratamentos sanitarios para que, sexan aplicadas cando me atope **en calqueira situación clínica** á que chegara por calquera circunstancia (enfermidade, accidente, ancianidade,...).

Sinaturas:

<u>Outorgante</u>	<u>1ª testemuña</u>	<u>2ª testemuña</u>	<u>3ª testemuña</u>



INSTRUCCIÓNs sobre COIDADOS e TRATAMENTOS:

- Que NON me apliquen, ou que se retiren se xa se comezaron a aplicar, técnicas de soporte vital ou calquera outra dirixida unicamente a prolongar a miña supervivencia (incluídas a alimentación artificial, fluídos intravenosos, hidratación, fármacos, intervencións, reanimacións, etc)..
- Que me proporcionen unicamente as medidas necesarias, incluída a SEDACIÓN PALIATIVA, para controlar ao máximo a miña dor e sufrimento, aínda que con elo se poida acortar a miña vida.
- Que se dea preferencia a aqueles fármacos que, paliando de forma efectiva a dor, permitan o maior mantemento posible da conciencia.
- Se teño unha parada cardiorrespiratoria, NON quero que se me reanime.
- Se a lexislación contempla a EUTANASIA activa, é o meu desexo que se me aplique.
- Que se me apliquen medidas de confort para o meu benestar, incluíndo o coidado da atmosfera na que se produza o meu proceso de morrer, desexo que sexa nun ambiente tranquilo e íntimo, recibindo os coidados paliativos expresados nos anteriores puntos.
- É o meu desexo que tras a miña morte, sempre que sexa posible, sexa respectado un tempo de espera antes de proceder ao tratamento e retirada do meu cadáver de, cando menos, dúas horas.

INSTRUCCIÓNs sobre o DESTINO de CORPO e ÓRGANOS:

- Desexo doar os meus órganos e tecidos para transplantar a outras persoas que os necesiten; autorizo a aplicarme técnicas de soporte dirixidas a manter o funcionamento dos órganos e tecidos unicamente as horas necesarias para proceder a súa extracción.
- Desexo doar os meus órganos, tecidos ou corpo para investigación ou docencia.
- Desexo doar os meus órganos, tecidos ou corpo para investigación ou docencia, pero para o cal non autorizo a aplicación de técnicas de soporte ou extracción durante as 3 horas seguintes á expiración, a poder realizarse estas transcorrido dito prazo de tempo.
- Non fago doazón dos meus órganos, tecidos ou corpo.
- Sen instrucións.

Outras instrucións:

- Desexo recibir asistencia relixiosa ou espiritual (especificar cal)
- Non desexo recibir asistencia relixiosa ou espiritual

Sinaturas:

Outorgante	1ª testemuña	2ª testemuña	3ª testemuña



Outras:
.....
.....

No caso de que o/os profesional/is sanitarios que me atendan se neguen a respectar e cumprir a miña vontade aquí expresada, solicito, en aras a reducir o meu sufrimento, ser atendido do xeito máis inmediato posible por outros profesionais que si estean dispostos a facelo. Elo sen prexuízo das responsabilidades en que puidera incurrir quen desatendera a obriga de cumprimento das vontades expresada na Lei 5/2015, do 26 de xuño, de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais.

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE INTERLOCUTOR (opcional)

Para resolución das dúbidas que puideran xurdir con respecto ás instrucións ou aos meus criterios de calidade de vida e preferencias, así como para actuar como interlocutor/ora co médico ou equipo sanitario que me atenda, e como garante da miña vontade expresada no presente documento, DESIGNO como meu/miña **REPRESENTANTE**, para o caso de atoparme en situación de non pode manifestar a miña vontade, a:

Nome e apelido:

DNI/NIE:

Enderezo (rúa, nº, andar):

Concello: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Correo electrónico.....

No caso de falecemento, incapacidade, renuncia ou imposibilidade de consulta co/coa representante interlocutor/ora, designo como **SUBSTITUTO** do/a antedito/a interlocutor/ora, a:

Nome e apelido:

DNI/NIE:

Enderezo (rúa, nº, andar):

Concello: Provincia: Código postal:

Teléfono/s:

Correo electrónico.....

Sinaturas:

Outorgante	1ª testemuña	2ª testemuña	3ª testemuña



Eu, outorgante, estou informado/a de que, segundo o establecido no artigo 5 apartado 3 da Lei 3/2001, do 28 de maio (redacción segundo Lei 3/2005, do 7 de marzo), reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, non serán aplicadas as instrucións previas contrarias ao ordenamento xurídico, á lex artix (boa práctica médica), nin as que non se correspondan co suposto de feito que o/a interesado tivese previsto no momento de manifestalas.

DECLARACIÓN DAS TESTEMUÑAS

Os/As abaixo asinantes, maiores de idade e con plena capacidade de obrar, coñecemos ao/á outorgante e declaramos que asina este documento na nosa presenza, de forma consciente e, ata onde é posible apreciar, de maneira voluntaria e libre.

Así mesmo, os/as asinantes como primeira e segunda testemuñas, declaramos non ter relación de parentesco ata o 2º grao por consanguinidade nen afinidade nin estar vinculados por relación patrimonial co/coa outorgante.

Primeira testemuña:

Nome e apelidos:
DNI/NIE:
Enderezo:.....
Concello: Provincia:..... Código postal:.....
Teléfono/s:

Segunda testemuña:

Nome e apelidos:
DNI/NIE:
Enderezo:.....
Concello: Provincia:..... Código postal:.....
Teléfono/s:

Terceira testemuña:

Nome e apelidos:
DNI/NIE:
Enderezo:.....
Concello: Provincia:..... Código postal:.....
Teléfono/s:

En a de de 20.....

Sinaturas:

Outorgante	1ª testemuña	2ª testemuña	3ª testemuña