

DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

En virtud del derecho que reconoce el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y en desarrollo legislativo del mismo, el Decreto nº 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro.

Yo....., mayor de edad, con domicilio en, c/....., y DNI, nº.....con plena capacidad de obrar, tras prolongada reflexión y actuando libremente, realizo de forma documental las siguientes expresiones de mis **INSTRUCCIONES PREVIAS:**

DECLARO:

Si en un futuro estoy incapacitado para tomar o manifestar decisiones sobre mi cuidado médico, como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental por alguna de las situaciones que se indican a continuación:

Cáncer diseminado en fase avanzada.

Daño cerebral grave e irreversible

Demencia grave debida a cualquier causa.

Daños encefálicos graves (coma irreversible, estado vegetativo persistente).

Enfermedad degenerativa del sistema nervioso y/o muscular, en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad y falta de respuesta positiva al tratamiento.

Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada.

Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.

- Otras situaciones (especificar): _____

Teniendo en cuenta que para mi proyecto vital es muy importante la calidad de vida, es mi deseo que no se prolongue cuando la situación es ya irreversible.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, y de acuerdo con los criterios señalados, es mi voluntad que, si a juicio de los médicos que entonces me atiendan (siendo por lo menos uno de ellos especialista) no hay expectativas de recuperación sin que se sigan secuelas que impidan una vida digna según yo lo entiendo, mi voluntad es que:

.....No sean aplicadas - o bien que se retiren si ya han empezado a aplicarse- medidas de soporte vital o cualquier otra que intenten prolongar mi supervivencia.

.....Se instauren las medidas que sean necesarias para el control de cualquier síntoma que puedan ser causa de dolor, o sufrimiento.

.....Se me preste una asistencia necesaria para proporcionarme un digno final de mi vida, con el máximo alivio del dolor, siempre y cuando no resulten contrarias a la buena práctica clínica.

.....No se me administren tratamientos complementarios y terapias no contrastadas, que no hayan demostrado su efectividad para mi recuperación y prolonguen futilmente mi vida.

Otras instrucciones que deseo que se tengan en cuenta:

Donación de órganos y tejidos.

.....Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos, para ser trasplantados a otras personas que los necesiten.

.....Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos, para investigación.

.....Manifiesto mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento, **no** se puedan utilizar mis órganos, para ser trasplantados a otras personas que los necesiten, ni para investigación.

Manifiesto mi deseo de que, tras mi fallecimiento, mi cuerpo sea:

.....Inhumado.

.....Incinerado.

.....Donado a la ciencia.

Deseo recibir asistencia espiritual (especificar tipo):

Lugar donde se me atienda en el final de mi vida (domicilio, hospital,...):

Otras. _____

En _____, a _____ de _____ de 200_

Fdo.: _____