



DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Yo,....., con DNI (1),
nacido/a el díadede.....y, por lo tanto , mayor de edad, y con
tarjeta sanitaria con domicilio en Melilla, calle
Localidad: Melilla, Provincia: Melilla, C. Postal:..... Nacionalidad:
Teléfono 1:....., Teléfono 2:.....
Correo electrónico:

MANIFIESTO:

Que tengo **CAPACIDAD DE OBRAR Y QUE ACTÚO LIBREMENTE**, que he recibido suficiente información y que, tras haber reflexionado serena y cuidadosamente, tomo la decisión de expresar a través de este **Documento**, las siguientes instrucciones previas que manifiestan **MI VOLUNTAD ACTUAL**, de acuerdo al art. 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.

Deseo que las siguientes instrucciones previas sean tenidas en cuenta para mi atención sanitaria, si me llegara a encontrar **EN SITUACIÓN DE NO PODER EXPRESAR MI VOLUNTAD** por mi grave deterioro físico ó psíquico, para lo cual:

DECLARO:

QUE QUIERO SE TENGAN EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

(Señale los que se correspondan con su proyecto vital)

- La capacidad de comunicarme y de relacionarme con otras personas.
- No padecer dolor físico ó psíquico ó angustia intensa ó invalidante.
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita realizar las actividades propias de la vida diaria.
- Preferencia por no prolongar la vida por sí misma en situaciones clínicamente irreversibles.
- Preferencia por permanecer en mi domicilio habitual durante los últimos días de mi vida.
- En caso de encontrarme transitoriamente en estado de lucidez, no deseo ser informado sobre mi diagnóstico fatal

(1) Adjuntar fotocopia compulsada)



SITUACIONES CLÍNICAS EN QUE DESEO SE CONSIDERE ESTE DOCUMENTO:

(Señale las que desea que se tengan en cuenta)

- Enfermedad incurable avanzada** (Enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo).
- Enfermedad Terminal** (Enfermedad avanzada, en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de la autonomía, con muy escasa ó nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida generalmente inferior a seis meses, en un contexto de fragilidad progresiva).
- Situación de agonía** (La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida de días u horas).
- Situación de inconsciencia temporal** (La que pueda producirse repentinamente, por enfermedad, accidente o durante una intervención quirúrgica).

INSTRUCCIONES QUE DESEO SE TENGAN EN CUENTA EN MI ATENCIÓN MÉDICA.

(Señale las que desea)

- Deseo finalizar mi vida sin la aplicación de técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otra medida extraordinaria, desproporcionada y fútil que sólo esté dirigida a prolongar mi supervivencia artificialmente ó que estas medidas se retiren, si ya han comenzado a aplicarse.
- Rechazo la alimentación mediante sonda nasogástrica o gastrostomía (sonda que se coloca directamente en el estómago)
- Rechazo la utilización de técnicas de depuración extrarrenal. * (1)
- Deseo que se me proporcionen los tratamientos necesarios para paliar el dolor físico ó psíquico ó cualquier síntoma que me produzca una angustia intensa.
- Rechazo recibir medicamentos ó tratamientos complementarios y que se me realicen pruebas ó procedimientos diagnósticos, si en nada van a mejorar mi recuperación ó aliviar mis síntomas.
- Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares acompañarme en el trance final de mi vida, si ellos así lo manifiestan y dentro de las posibilidades del contexto asistencial.
- Deseo me sean aplicados todos los tratamientos precisos para el mantenimiento de la vida hasta donde sea posible, según el buen criterio médico.



Deseo que si llegada la circunstancia de tener que aplicar esta declaración estuviera embarazada, se mantenga el soporte vital necesario para mantener el feto con vida y en condiciones viables de nacer, siempre que las técnicas que me tengan que aplicar no le afecten negativamente.

DISPONGO que no se me administren en ningún caso transfusiones de sangre (sangre completa, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas ni plasma sanguíneo), aunque los médicos las consideren necesarias para la conservación de mi vida ó de mi salud. Sin embargo, acepto expansores no sanguíneos del volumen plasmático y todo tratamiento médico que no implique el uso de sangre. Soy consciente de los riesgos añadidos que esta decisión supone para mi salud e incluso para mi vida, riesgos que se pueden materializar en graves consecuencias para mi integridad física y mental, calidad de vida ó supervivencia. En relación con las fracciones menores de componentes sanguíneos dispongo:

Acepto tan sólo las siguientes, (especificar):

- Albúminas
- Inmunoglobulinas
- Factores de coagulación
- Hemina
- Interferones

En relación con los procedimientos médicos que impliquen el uso de mi propia sangre, excepto su almacenamiento para uso posterior, dispongo que (marcar la declaración que proceda)

Acepto tan sólo las siguientes (especificar)

- Recuperación de sangre siempre y cuando sea un circuito cerrado y no haya interrupción del flujo sanguíneo.
- Hemodilución siempre y cuando sea en circuito cerrado y no haya interrupción del flujo sanguíneo.
- Circulación extracorpórea.
- Diálisis.
- Parche hemático epidural.
- Plasmaféresis siempre y cuando se utilice la sangre del propio paciente y no haya interrupción del flujo sanguíneo.



- Marque siempre y cuando se utilice la sangre del propio paciente, excepto su almacenamiento para uso posterior.
- Gel plaquetario autólogo siempre y cuando sea exclusivamente hecho de la propia sangre del paciente.

*** (1) EN CASO DE ESTAR RECIBIENDO TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL MEDIANTE DIÁLISIS DESEO LA INTERRUPCIÓN EN LOS SIGUIENTES CASOS:**

- Coma irresoluble
- Estado vegetativo permanente
- Demencia irreversible
- Enfermedad grave no tratable (cáncer avanzado, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia hepática refractaria...)

OTRAS CONSIDERACIONES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO

(Señale las que desea)

- Deseo donar mis órganos para ser trasplantados a otras personas que los pudieran necesitar, conforme a lo previsto en la legislación vigente.

- Deseo donar el resto de mi cuerpo para la investigación ó para la enseñanza universitaria, conforma a lo previsto en la legislación vigente.

- Deseo que mi cuerpo sea incinerado.

OTRAS INSTRUCCIONES Y/O CONSIDERACIONES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE INTERLOCUTOR

Deseo designar representante para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico ó el equipo sanitario que me atienda, en el caso de encontrarme en una situación en que yo no pueda expresar mi voluntad personalmente. Si hubiera duda en la interpretación de mi proyecto vital ó de mis valores sobre calidad de vida, quiero que se tenga en cuenta la opinión del mismo. Para ello, designo a:

D/D^a....., con DNI(1),
Nacido/a el díade.....de.....y , por lo tanto, mayor de edad, con plena capacidad de obrar y con domicilio en Melilla Localidad: Melilla, Provincia: Melilla, C. Postal,
Teléfono 1:,Teléfono 2:.....
Correo electrónico :

Firma del otorgante

En Melilla, a ... dede.....



DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE MI REPRESENTANTE INTERLOCUTOR

D./D^a.....con DNI (¹)
nacido/a el díadede..... y , por lo tanto, mayor de edad, con plena capacidad de obrar y con domicilio en Melilla, Calle.....
Provincia: Melilla. C. Postal,
Teléfono 1: , Teléfono 2:
Correo electrónico:

ACEPTO REPRESENTAR A:

D/D^a....., con DNI (1).....,
nacido/a el díadede..... , a fin de hacer efectiva la aplicación de las Instrucciones Previas que ha otorgado, de acuerdo con lo dispuesto en 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.

Comprendo y estoy de acuerdo en seguir las directrices expresadas en este Documento por la persona a la cual represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso de que la persona a quien represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este Documento.

Me comprometo a guardar confidencialidad de la información contenida en este Documento, según la legislación vigente en materia de protección de datos de Carácter personal.

Melilla, a de de

Firma y rúbrica (del representante)



DECLARACIÓN SOBRE MI INFORMACIÓN

- Declaro conocer que a partir del momento en que se haya de hacer uso de las Instrucciones Previas, una copia del presente Documento será incluida en mi historia clínica y otra será entregada a mi representante interlocutor.
- Estoy informado de que en cualquier momento puedo modificar, sustituir ó revocar el actual *Documento de Declaración de Instrucciones Previas*.
- Estoy informado de que los datos contenidos en este Documento son confidenciales, y cumplen las medidas recogidas en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

En señal de conformidad, firmo el presente documento:

Firma del otorgante

En Melilla, a..... de..... de.....