# DECLARAÇÃO PRÉVIA DE VONTADE PARA OS ÚLTIMOS DIAS

Eu, **NOME COMPLETO,** nacionalidade, estado civil, profissão, nascido em 00/00/0000, CPF 00.000.000-00, RG no 000.000-0, natural de Cidade - Estado, ciente de que a incapacidade de comunicação é um risco dos pacientes em fim de vida, venho por meio deste instrumento, de livre e espontânea vontade, no pleno gozo das minhas capacidades civis, e de acordo com a Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina, que dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, expressar as instruções que devem ser levadas em consideração sobre meus cuidados médicos se porventura, por diferentes circunstâncias decorrentes de um quadro irreversível de minha saúde física e/ou psíquica, eu não possa manifestar minha vontade.

# - VALORES E DESEJOS

Registro neste documento os meus valores e desejos, inclusive sobre o que é importante para mim durante a última parte da minha vida: respeito à minha vontade. Quero que seja preservada a minha liberdade de expressão e autonomia nos cuidados pessoais. Não pretendo viver eternamente, aceito a terminalidade da vida, não autorizo qualquer intervenção extraordinária e/ou fútil e quero, dentro do possível, viver bem meus últimos dias com meu sofrimento sendo minimizado. Aceito a morte no momento que naturalmente chegar. Não quero que minha vida seja prolongada de forma artificial. Portanto, opto pelos cuidados paliativos, com assistência por profissionais dessa área. Com este documento pretendo garantir autonomia e dignidade nos meus dias finais de vida, protegendo-me de tratamentos desnecessários, desproporcionais e das consequências indesejáveis de condutas próprias da obstinação terapêutica.

# - DECISÕES SOBRE OS ÚLTIMOS DIAS

Caso dois ou mais médicos entendam que:

* 1. padeço de uma doença terminal, incurável e irreversível, e que, portanto, não tenho nenhuma possibilidade de cura ou de melhora;
  2. padeço de uma demência ou de uma enfermidade degenerativa do sistema nervoso ou muscular, em fase avançada e irreversível, na qual eu não esteja mais vivendo com qualidade, entendido aqui qualidade de vida como estado de bem-estar físico e mental, permanecendo com autonomia de alimentar-me e de realizar todos os cuidados de higiene pessoal;
  3. estou em estado vegetativo persistente (EVP);

Manifesto aqui os procedimentos e medicamentos que não autorizo que me sejam administrados ou realizados:

* + 1. Transferência para unidade de cuidados intensivos;
    2. Reanimação cardiorespiratória;
    3. Entubação, traqueostomia ou outro procedimento visando à respiração artificial;
    4. Cirurgias, a não ser as de pequeno porte para me dar conforto;
    5. Diálise;
    6. Quimioterapia;
    7. Radioterapia;
    8. Exames invasivos;
    9. Antibióticos
    10. Nutrição e hidratação artificiais
    11. Transfusão sanguínea

Em síntese, não quero que minha vida seja prolongada se não houver possibilidade de recuperação que me garanta uma vida com autonomia. E, por fim, **manifesto o desejo e concedo autorização para receber terapia de sedação paliativa.**

# - DECISÕES EM CASO DE DEMÊNCIA

Embora a condição de demência seja uma das três situações abordadas acima, o conhecimento recente do artigo do Dr. Barak Gaster et al (Advance Directives for Dementia) publicado no JAMA, 2017, 318 (22):2175- 76/jama.2017.16473 e da sua proposta (www.dementia-directive.org) motivaram-me para reflexões mais aprofundadas a respeito e que resultaram na redação das diretivas específicas contidas neste tópico:

* 1. Se eu for acometido por um quadro de demência leve ou suave, com perda da capacidade de lembrar acontecimentos recentes dificultando minhas atividades rotineiras como os de higiene pessoal e de vestir e impedindo a manutenção de outras mais arriscadas, como o de dirigir, o meu desejo é de receber tratamentos que prolonguem minha vida, mas se meu coração parar e/ou eu não conseguir respirar, não

desejo e não autorizo medidas de reanimação ou de respiração artificial. (DNR/Do Not Ressuscitate e DNI/Do Not Intubate)

* 1. Se eu for acometido por um quadro de demência moderada, com comunicação muito limitada, com perda da capacidade de entendimento sobre o que acontece no meu entorno, precisando de suporte para vestir-me ou impedindo as atividades de higiene pessoal e com episódios de confusão e agitação mental, o meu desejo é de receber somente cuidados voltados ao conforto, controlando as dores, a ansiedade ou a falta de ar. Nessas circunstâncias, além de serem observados os procedimentos de DNR e DNI, não desejo cuidados para me fazer viver mais tempo. não desejo ser transferido para um hospital ou para uma sala de emergência. Espero existirem condições para eu ser acomodado em um hospice ou serviço de cuidados paliativos.
  2. Se eu for acometido por um quadro de demência severa, com perda da capacidade de reconhecer familiares e amigos, necessitando de suporte para as funções básicas do corpo durante as 24 horas, além de não aceitar procedimentos para me fazer viver mais tempo, reitero desejo que sejam observados os procedimentos de DNR e DNI e manifesto desejo de receber os cuidados de morte assistida ou, se no local onde estiver vivendo a legislação ainda não permitir esse benefício, desejo ser submetido aos procedimentos de sedação paliativa profunda e contínua.

# - PROCURADORES PARA CUIDADOS DE SAÚDE

Caso, no momento em que for constatada alguma das três situações clínicas acima expressadas, seja necessário decidir acerca de situações não expressadas por mim em minhas decisões sobre o fim da vida, nomeio como meu procurador:

* Dr. Nome Completo, Numero do CRM, celular (00) 00000-00 – Hospital de atuação – Cidade/Estado;

# - OUTRAS DISPOSIÇÕES

* 1. Este assunto foi discutido com meus familiares e procuradores, sendo que todos estão conscientes e de acordo com essas manifestações, devendo seguir as disposições aqui inscritas, eximindo-se de qualquer eventual responsabilização sobre a minha morte nessas circunstâncias.
  2. Desejo que, diante da irreversibilidade do quadro médico, no momento adequado eu seja levado para um estabelecimento de saúde especializado em cuidados paliativos, preferencialmente Hospice.
  3. Informe aqui o contrato do Serviço ou Agência Funerária, e, se preferir, expresse seu desejo com o destinos das cinzas no caso de cremação ou alguma particularidade ao sepultamento..

Cidade e data.

NOME COMPLETO

Outorgante

NOME COMPLETO

Procurador

Assinaturas dos meus (parentescos) como testemunhas e como concordes dos Termos deste Documento:

Nome Completo – parente1 Nome Completo – parente2