

## AURRETIAZKO BORONDATEEN DOKUMENTUA

Egilearen izen-abizenak: \_\_\_\_\_

Adinez nagusia. NAN/Pasaporte/AIZ zenbakia: \_\_\_\_\_

Telefono-zenbakia: \_\_\_\_\_

Helbidea: (kalea, ataria, pisua) \_\_\_\_\_

Herria: \_\_\_\_\_ . Posta-kodea: \_\_\_\_\_

Askatasunez erabakitzeke gaitasun osoa dut, baita hausnartzeko aukera eman didan behar beste informazio ere, eta dokumentu honen egilea naizen aldetik, zera eskatu nahi dut: nire balioak eta lehentasunak kontuan har daitezela, baldin eta betiko galduko banu zer-nolako osasun-zaintza jaso nahi dudana erabakitzeke gaitasuna, nire egoera fisikoaren edo mentalaren ondorioz.

### Zer den garrantzitsua niretzat (balioak eta lehentasunak):

Niretzat garrantzitsua da gutxieneko autonomia pertsonala eta beste pertsona batzuekin komunikatzeko aukera ematen didaten gutxieneko gaitasun batzuk izatea, eta baita min fisikorik edo bestelako sufrimendurik ez izatea.

- Gehiago axola zait bizi-kalitatea, zenbat hilabete edo urte bizi baino.
- Autonomia pertsonala mantentzea. Independentzia funtzionalari eustea, hau da: ez dut nahi beste pertsona batzuen laguntzarik behar izatea bizitzako oinarrizko gauzak egiteko (jan, edan, komunera joan, nire burua garbitu, eta abar).
- Beste pertsona batzuekin komunikatzeko eta harremanak izateko gaitasuna mantentzea.
- Minik edo sufrimendurik ez izatea, dela fisikoa edo mentala.
- Ez dut beste pertsona batzuentzat zama naizela sentitu nahi.
- Beste batzuk:

### Bizitza ez luzatzea. Tratamenduei uko egitea.

Jarraian deskribatuko ditudan egoeretako batean edo antzekoren batean egonez gero...

- Nire bizitzaren **azkenetan**, aurrera doan gaixotasun aurreratu, **itzulezin** eta **sendaezin** baten ondorioz, **bizi-itxaropen mugatuarekin**.
- **Garuneko kalte larri eta itzulezinarekin** (koma, gutxieneko kontzientzia-egoera, egoera begetatibo iraunkorra).
- Edozein jatorritako **dementziak jota** (itzulezina eta defizit kognitibo eta funtzional **larria** eragiten duena): 1) Laguntza behar oinez ibiltzeko, edo gurpildun aulkian ibili behar, edo ohean geratu behar. 2) Senitartekoak edo gertukoena nor diren nahastea, ahaztea edo ez jakitea. 3) Esfinterren kontrola galtzea. 4) Ahoz komunikatzeko gaitasuna galtzea. 5) Ez ohartzea inguruan gertatzen ari denaz. (Adibidez: *Fast 7 Dementziako sailkapena: ulertzeko moduko hitz gutxi edo hitz egiteko gaitasunik ez. Hondatze kognitibo eta mugimenduen hondatze oso larria.*)

...edo antzeko egoeretan, erabakiak hartzeko gaitasuna galdu baldin badut, **zera nahi dut: ni zaintzeaz arduratzen den osasun-taldeak nire bizitza edo hiltzeko prozesua luzatzeko prozedura diagnostiko edo terapeutiko guztiak etetea, edo ez ekitea horrelako prozedurei.** Zehatz esanda, honako hau jasoarazi nahi dut:

- Nahiz eta seguruenik egoera horietan erabiltzeko egokiak ez izan, bizitzarako laguntzako tratamendu hauei uko egin nahi diet: bihotz-birikak bizkortzea, dialisia, transfusioa edo aireztapen mekaniko inbasiboa.
- Ez dut tratamendurik jaso nahi, salbu eta nire bizi-kalitatea hobetzeko edo sintomak arintzeko baino ez direnak (adibidez: tratamendu antibiotikoa, gernu-infekzio sintomatikoa izanez gero).
- Elikagaiak edo ura hartzea zaila bazait edo ezin baditut hartu, ez dut zunda nasogastriko edo gastrostomia bidezko nutrizio artifizialik nahi.
- Dementzia aurreratua nozitzuz gero, ez dut norbaitek niri janaria ahora ematerik nahi, baldin eta jada ez badut jateaz gozatzen, edo irenstea zaila bazait.

### **Mina eta sufrimendua arintzea - Zainketa aringarriak**

Zaintzen nauen osasun-taldeak eskura dauden baliabide guztiak martxan jartzea nahi dut, niri mina eta sufrimendua arintzeko eta ni ahalik eta erosoan egoteko. Niri zainketa aringarriak aplikatzea nahi dut, jasaten dudana sufrimendu fisikoa edo psikikoa ahalik eta gehien arintzeko (horren barruan behar beste botika sartzen dira).

Beste modu batez kontrolatzerik ez dagoen eta sufriarazten nauen sintomarik izanez gero, onartzen dut osasun-taldeak sedazio aringarria ematea.

### **Eutanasiari dagokionez:**

Dementzia edo garuneko kalte larri eta itzulezina izango banu, lehenago deskribatutako moduan, nahi nuke agiri hau Hiltzen Laguntzeko nire eskaera formala izatea; hain zuzen ere eutanasiaren bidez, martxoaren 24ko 3/2021 Lege Organikoan, Eutanasia arautzeari buruzkoan, araututa dagoen moduan, sufrimendu larri, kroniko eta ezintzailea dagoen kasuetarako.

Horretarako, nire ordezkariak izendatzen ditut, ni hemen deskribatu den egoeraren batean egonez gero eskaera hori tramitatu dezaten.

**BESTE JARRAIBIDE HAUEK** ere kontuan har daitezela nahi dut:

### **Non jaso nahi dut arreta, bizitzaren amaieran?**

- Nire etxean
- Zentro sanitario batean
- Egoitza geriatriko edo soziosanitario batean
- Nire ordezkariak, senitartekoek edo zaintzaileek erabakitzen duten lekuan.

Transplanteak egiteko balia daitezkeen **organoak edo ehunak emateari dagokionez:**

- Ahal bada, nire organoak edo ehunak eman nahi ditut.
- Ez ditut nire organoak edo ehunak eman nahi.
- Nahiago dut nire ordezkariak erabakitzea gai horretaz.

### **Laguntza espiritualari dagokionez:**

- Laguntza espiritualak jaso nahi ditut, nire sinesmenen arabera.
- Ez dut laguntza espiritualik jaso nahi.

Niretzat garrantzitsuak diren **beste kontu batzuk:**

Egilearen izena:

NAN/Pasaporte/AIZ:

Sinadura:



## Ordezkarria/k izendatzea

Izendatzen duenaren izen-abizenak:

\_\_\_\_\_

NAN: \_\_\_\_\_. Askatasun osoz erabakitzeko gaitasun osoa dut, eta pertsona hau edo hauek

### **IZENDATZEN DITUT nire ORDEZKARI:**

1) \_\_\_\_\_

NAN: \_\_\_\_\_ Telefono-zk.: \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

NAN: \_\_\_\_\_ Telefono-zk.: \_\_\_\_\_

Osasun arloko aurretiazko borondateen Eusko Legebiltzarraren abenduaren 12ko 7/2002 Legearen 2.3 (a) artikuluan aurreikusitako baldintzak betetzen ditu/dituzte, premia gertatuko balitz solaskide gisa jarduteko osasun-taldearekin, nire izenean erabakiak hartzeko eta dokumentu honetan adierazi dudan borondatea betearazten saiatzeko.

Dokumentua interpretatzerakoan zalantzaren bat badago, nire ordezkariaren iritzia aintzat har dadila nahi dut, eta hari baimena ematen diot erabakiak har ditzan hemen aurreikusten ez diren tratamenduei buruz, neuk ezin badut egin halakorik, baldin eta ez badira kontrajartzen dokumentu honetan berariaz adierazita dauden aurretiazko borondateekin.

Egilearen sinadura:

## Ordezkariaren onarpena

Onartzen dut izendapena, eta ados nago pertsona honen ordezkaria izatearekin (izendatu nauenaren izen-abizenak:) \_\_\_\_\_,

baldin eta ezin badu bere nahia adierazi osasun-laguntzari dagokionez. Ulertzen ditut ordezkatzan dudan pertsonak dokumentu honetan adierazten dituen jarraibideak, eta ados nago haiek betetzearekin. Badakit nire ordezkariaren soil-soilik gertatuko dela ordezkatzan dudan pertsonak berez ezin badu adierazi bere borondatearen berri, eta baldin eta ez badu dokumentu hau indargabetu aldeztatik.

1) Izen-abizenak: \_\_\_\_\_

NAN: \_\_\_\_\_

Sinadura (ordezkaria):

2) Izen-abizenak: \_\_\_\_\_

NAN: \_\_\_\_\_

Sinadura (*ordezkaria*):

## **Hiru lekukoren aurrean formalizatzea**

Behean sinatzen dugunok, adinez nagusiak, erabakitzeko gaitasun osoa dugularik eta egilearekiko (egilearen izen-abizenak: \_\_\_\_\_) loturarik ez dugularik ezkontza, elkartze libre edo izatezko bikote izatearen bidez, ezta bigarren mailarainoko odol-ahaidetasuna edo inolako ondare-harremana izatearen bidez, hauxe adierazten dugu: aurretiazko borondateen dokumentu hau sinatzen duen pertsonak berez nahikoa gaitasun duela erabakiak hartzeko. Ez dugu antzeman inork derrigortu duenik daukan nahia adieraztera. Gauzak horrela, haren aurrean sinatzen dugu agiri hau.

### **Lehenengo lekukoa:**

Izen-abizenak: \_\_\_\_\_

NAN: \_\_\_\_\_

Sinadura

### **Bigarren lekukoa:**

Izen-abizenak: \_\_\_\_\_

NAN: \_\_\_\_\_

Sinadura

### **Hirugarren lekukoa**

Izen-abizenak: \_\_\_\_\_

NAN: \_\_\_\_\_

Sinadura

\_\_\_\_\_ (e)n, \_\_\_\_\_ (e)ko \_\_\_\_\_ aren \_\_\_\_\_ (e)(a)n

*(Emate lekua eta data)*