

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE – TESTAMENTO VITAL¹

Situação: não acometido por doença grave

MINHA IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:

Data de nascimento:

Local e nascimento

CPF:

Endereço residencial:

ALGUMAS INFORMAÇÕES INICIAS SOBRE MEUS DESEJOS

Para mim, dignidade é:

Quando eu morrer, gostaria que isso pudesse acontecer, preferencialmente (**local**):

Quanto às minhas crenças e rituais, gostaria que **antes** da minha morte:

E **após** a minha morte:

A **pessoa** que gostaria que fosse consultada e ouvida para auxiliar a equipe de saúde, em caso de necessidade de tomada de decisões sobre tratamentos e cuidados é:

Seu contato de telefone é: ()

Seu e-mail é:

¹ Este modelo foi desenvolvido pela Prof^a. Dr^a. Franciele Roberta Cordeiro, inspirado no modelo proposto pelo estado francês, adaptado ao contexto normativo brasileiro e às discussões teóricas sobre fim de vida.

DIRETIVAS/TESTAMENTO VITAL

Redijo estas diretivas antecipadas para o caso de eu não estar mais em condições de me expressar no momento do fim da minha vida

Minhas vontades são as seguintes:

1º sobre as situações nas quais eu quero ou não quero que continuem a me manter artificialmente vivo (por exemplo, traumatismo craniano, acidente vascular cerebral etc., levando a um 'estado de coma prolongado' considerado irreversível). Indico, aqui, se aceito ou se recuso ser mantido artificialmente vivo no caso de eu ter perdido definitivamente a consciência e não poder mais comunicar-me com meus familiares:

2º sobre os tratamentos médicos aos quais eu possa vir a ser submetido. As resoluções do Conselho Federal de Medicina e o instituído na Política Nacional e Cuidados Paliativos prevê que, diante da recusa da obstinação terapêutica, determinados tratamentos podem não ser realizados ou podem ser interrompidos se parecerem fúteis, desproporcionais ou se tiverem como único efeito a manutenção artificial da vida. Indico, portanto, aqui, se aceito ou se recuso tais atos (por exemplo: reanimação cardiorrespiratória, ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas, alimentação e hidratação artificiais, antimicrobianos, hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal):

3º sobre a sedação profunda e contínua associada a um tratamento para a dor. Em caso de interrupção dos tratamentos que me mantêm vivo, indico aqui se desejo ou não receber uma sedação profunda e contínua associada a um tratamento da dor, isto é, um tratamento que me faça adormecer e cujo objetivo seja a perda de consciência até o meu falecimento:

Assinatura:

Local:

Data