DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE – TESTAMENTO VITAL[1]
Situação: não acometido por doença grave

MINHA IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:
Data de nascimento:
Local de nascimento:
CPF:
Endereço residencial:

ALGUMAS INFORMAÇÕES INICIAS SOBRE MEUS DESEJOS

Para mim, dignidade é:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Quando eu morrer, gostaria que isso pudesse acontecer, preferencialmente (**local e com quem)**:
_____
_____
_____
_____

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 Profª. Drª. 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 vontade são as seguintes:

1° **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 e porquê:

2° **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):

3° **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