

## DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE (DAV)

Ao abrigo e para os efeitos previstos na Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, o presente documento traduz a minha manifestação antecipada da vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que desejo receber, ou que não desejo receber, no caso de, por qualquer razão, me encontrar incapaz de expressar a minha vontade pessoal e autonomamente.

Este documento, que subscrevo sendo maior de idade e capaz e não me encontrando interdito ou inabilitado por anomalia psíquica, é por mim unilateral e livremente revogável a qualquer momento.

### IDENTIFICAÇÃO DO OUTORGANTE

Nome

Doc. Identificação

Nº

Val.

Nacionalidade / Naturalidade

Nº Utente

Data de nascimento

Morada

C. Postal

País

Tel.

Correio eletrónico

 Pretendo nomear meu Procurador de Cuidados de Saúde

Nome

Doc. Identificação

Nº

Val.

Nacionalidade / Naturalidade

Nº Utente

Data de nascimento

Morada

C. Postal

País

Tel.

Correio eletrónico

**Pretendo nomear meu Procurador de Cuidados de Saúde suplente** \_\_\_\_\_

Nome

Doc. Identificação

Nº

Val.

Nacionalidade / Naturalidade

Nº Utente

Data de nascimento

Morada

C. Postal

País

Tel.

Correio eletrónico

## SITUAÇÃO CLÍNICA EM QUE A DAV PRODUZ EFEITOS

Quando me encontrar incapaz para expressar a minha vontade autonomamente, em consequência do meu estado de saúde física e/ou mental, e se verificarem uma ou mais das seguintes hipóteses:

(assinalar com um X as hipóteses aplicáveis)

- Me ter sido diagnosticada doença incurável em fase terminal
- Não existirem expectativas de recuperação na avaliação clínica feita pelos membros da equipa médica responsável pelos cuidados, de acordo com o estado da arte
- Inconsciência por doença neurológica ou psiquiátrica irreversível, complicada por intercorrência respiratória, renal ou cardíaca
- Outras:

## CUIDADOS DE SAÚDE A RECEBER/NÃO RECEBER

Assim, manifesto a minha vontade clara e inequívoca de:

(assinalar com um X as hipóteses aplicáveis)

- Não ser submetido a reanimação cardiorrespiratória

- Não ser submetido a meios invasivos de suporte artificial de funções vitais
- Não ser submetido a medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte
- Participar em estudos de fase experimental, investigação científica ou ensaios clínicos
- Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental
- Recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos
- Interromper tratamentos que se encontrem em fase experimental ou a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos, para os quais tenha dado prévio consentimento
- Não autorizar administração de sangue ou derivados
- Receber medidas paliativas, hidratação oral mínima ou subcutânea
- Serem administrados os fármacos necessários para controlar, com efetividade, dores e outros sintomas que possam causar-me padecimento, angústia ou malestar
- Receber assistência religiosa quando se decida interromper meios artificiais de vida (crença: \_\_\_\_\_)
- Ter junto de mim, por tempo adequado e quando se decida interromper meios artificiais de vida, a pessoa que aqui designo: \_\_\_\_\_ (nome), \_\_\_\_\_ (contacto).
- Outras: \_\_\_\_\_
- Outras considerações pessoais ou eventuais motivações das minhas decisões.

## VALIDADE

1. Esta declaração é eficaz durante 5 anos a contar da data da sua assinatura, podendo ser renovada nos termos da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho.
2. Caso seja solicitado o registo no RENTEU, o mesmo só produz efeitos após receção pelo outorgante da informação de conclusão do processo.

**OUTORGANTE**Local  Data    Hora  h  mAssinatura conforme  
doc. de identificação civil **MÉDICO (opcional)**

Declaro que prestei as explicações que me foram solicitadas pelo Outorgante relativas a este documento e ao seu estado de saúde.

Nome  Cédula Assinatura conforme  
doc. de identificação civil **NOTÁRIO / FUNCIONÁRIO DO RENTEU**

(perante o qual a DAV foi assinada)

Nome  Id. Civil Assinatura conforme  
doc. de identificação civil 

(é favor carimbar/selar)

**NOTAS**

1. Antes de subscrever este documento, recomenda-se que debata previamente o assunto com um profissional de saúde da sua confiança, ou com a equipa de saúde que o cuida.
2. Pode optar pela subscrição da Declaração Antecipada de Vontade, pela designação de um procurador de cuidados de saúde, ou por ambos.