

15. ¿Prefiere vivir cuanto más tiempo mejor o para usted es más importante la calidad de vida que la cantidad?

En el caso de una enfermedad grave hay procedimientos (Tratamientos de Soporte Vital) que pueden mantenerle con vida o retrasar el fallecimiento a la espera de que otros tratamientos consigan restablecer su estado de salud: Resucitación Cardiopulmonar (RCP), Ventilación Mecánica, Alimentación artificial (por sonda o endovenosa), Diálisis, Hidratación artificial (sueros), etc.

16. ¿Ha pensado en alguna situación en la que prefiera que no se inicien o mantengan este tipo de tratamientos y sólo se apliquen aquéllos que le alivien el dolor o sufrimiento y le mantengan cómodo?

17. ¿Tiene usted alguna creencia religiosa o valor cultural que quiere que se tenga en cuenta cuando se encuentre en el final de su vida?

18. ¿Dónde preferiría ser atendido en las últimas semanas días de su vida?

19. ¿Le gustaría ser donante de órganos y/o tejidos si fuera posible?

SÍ

NO

20. ¿Quiere que se sepan sus preferencias acerca de otros aspectos tras el fallecimiento? (funeral, asistencia religiosa, entierro o incineración, etc)



www.vivirconvozpropia.org

vivirconvozpropia@agruparte.com

Tel. 945 143 311

Paseo de la Zumaquera 35, bajo
01006 Vitoria - Gasteiz

Piense... Reflexione...
calidad de vida, salud,
enfermedad, dolor,
sufrimiento, muerte,
compañía, confort...

Las Voluntades Anticipadas (Testamento Vital o Instrucciones Previas) ayudan a conocer los deseos de los pacientes y así respetarlos cuando no sean capaces de expresarse por sí mismos.

Hable con sus familiares o seres queridos sobre ello; hable con su médico y enfermera, le ayudarán a conocer el proceso y a redactar un Documento de Voluntades Anticipadas si a usted le parece oportuno.

Un proyecto colaborativo de



Piense acerca de su Calidad de Vida

1. ¿Qué cosas son importantes para usted? ¿Qué es lo que tiene más valor?

2. ¿Con qué disfruta? ¿Qué cosas hacen que su vida merezca la pena?

3. ¿Qué es lo que más echaría de menos si no pudiera hacerlo? caminar, hablar, comer, pensar, etc

Salud y Cuidados Sanitarios

4. ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud?

¿Ha empeorado?

¿Cómo le afecta a su vida diaria?

5. ¿Alguna medicación de las que toma le afecta negativamente?

6. ¿Qué problemas de salud cree que le pueden ocurrir en los próximos años?

Toma de Decisiones

7. ¿Cuánto quiere saber acerca de cómo podría variar su Salud y Calidad de Vida en el futuro?

Sólo lo básico

Todo lo que sea posible

8. ¿Participa en la toma de decisiones que afectan a su salud?

Prefiero que mi médico
y enfermera decidan por mí

Quiero ser yo el que decida
tras recibir la información

9. Si no fuera capaz de hablar o expresarse, ¿Quién quiere que hable por usted?
¿Le ha dicho lo que usted prefiere?

10. ¿Quiere que sus familiares o seres queridos participen en la toma de decisiones si usted no pudiera hacerlo?

11. Puede escribir otras consideraciones sobre su Calidad de Vida

Piense sobre el Final de la Vida

12. Piense en algún familiar o conocido que esté muy enfermo o haya fallecido.
¿Hubiera deseado que le atendiesen de otro modo? ¿Sacó alguna conclusión?

13. ¿Qué tipo de tratamientos o cuidados quisiera recibir?
¿Cuáles prefiere que no se apliquen?

14. Cuando piensa sobre la muerte, ¿qué cosas le preocupan?
