

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

Io sottoscritta/o _____

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche, trattamenti e assistenza sanitaria.

CONSENSO INFORMATO (barrare la casella per esprimere la scelta)

Voglio **NON voglio** essere informata/o sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi Affetta/o da malattia grave e non guaribile

Voglio **NON voglio** essere informata/o sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie

Autorizzo i medici curanti ad informare la seguente persona:

(cognome e nome) _____

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

DISPOSIZIONI GENERALI (barrare la casella per esprimere la scelta)

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente, le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari. Disposizioni che perderanno di validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che detti trattamenti:

Siano

iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.

Non siano

iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.

Siano

iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.

Non siano

iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.

Siano

iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi permanente con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.

Non siano

iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi permanente con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici

DISPOSIZIONI PARTICOLARI (barrare la casella per esprimere la scelta)

Qualora io avessi una malattia o una lesione traumatica cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti dell'utilizzo permanente di macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile dispongo che:

Siano Non siano

intrapresi tutti i provvedimenti e le cure palliative volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei), anche se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.

Sia Non sia

praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti in caso di arresto cardiorespiratorio.

Voglio NON voglio

che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.

Voglio NON voglio

essere idratata/o o nutrita/o artificialmente.

Voglio NON voglio

essere dializzata/o.

Voglio NON voglio

che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.

Voglio NON voglio

che mi siano praticate trasfusioni di sangue.

Voglio NON voglio

che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mia/o rappresentante fiduciaria/o che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta

(cognome e nome) _____

Nata/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

Nel caso in cui la/il mia/o rappresentante fiduciaria/o sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirla/o in

questo compito (inserimento facoltativo)

(cognome e nome) _____

Nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

ASSISTENZA SPIRITUALE, PSICOLOGICA, UMANITARIA (barrare la casella per esprimere la scelta)

Desidero

assistenza laica _____

assistenza religiosa _____

nessuna assistenza né contatti con personale che non siano medici/infermieri/inservienti

Desidero

funerale civile _____

funerale religioso _____

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE (barrare la casella per esprimere la scelta)

Autorizzo **Non autorizzo** la donazione dei miei organi per trapianti.

Autorizzo **Non autorizzo** la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.

Dispongo che il mio corpo sia **inumato** **cremato**.

ALTRE DISPOSIZIONI

.....
.....
.....
.....

LA/IL DICHIARANTE

Documento di riconoscimento _____ nr. _____ rilasciato da _____ il _____
(luogo) _____ (data) _____ In fede, _____
per accettazione

LA/IL FIDUCIARIA/O

Documento di riconoscimento _____ nr. _____ rilasciato da _____ il _____
(luogo) _____ (data) _____ In fede, _____

LA/IL FIDUCIARIA/O SUPPLENTE

Documento di riconoscimento _____ nr. _____ rilasciato da _____ il _____
(luogo) _____ (data) _____ In fede, _____