

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

Io sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____
indirizzo _____
recapito telefonico _____
e-mail _____

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

CONSENSO INFORMATO

1.

- Voglio
- Non voglio

essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile

2.

Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego a essere informato e a decidere in mia vece

il signor _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____
indirizzo _____
recapito telefonico/ e-mail _____

3.

- Voglio
- Non voglio

essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie

4.

- Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

DISPOSIZIONI GENERALI

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di permanente impossibilità di comunicare 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 i trattamenti:

1.

- 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 e senza possibilità di recupero.

2.

- 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 senza possibilità di recupero.

3.

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

4.

- Voglio
- Non voglio

che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.

5.

- Voglio
- Non voglio

essere idratato o nutrito artificialmente.

6.

- Voglio
- Non voglio

essere dializzato.

7.

- Voglio
- Non voglio

che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.

8.

- Voglio
- Non voglio

che mi siano praticate trasfusioni di sangue

9.

- Voglio
- Non voglio

che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

1.

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo i medici sia irreversibile dispongo che:

1.

- Siano
- Non siano

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

2.

In caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte)

- sia
- non sia

praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.

NOMINA FIDUCIARIO

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

il signor _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____

indirizzo _____

recapito telefonico/ e-mail _____

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito il signor

il signor _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____

indirizzo _____

recapito telefonico/ e-mail _____

Conferisce al fiduciario, in caso di propria incapacità, il potere di rappresentarlo in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente dal presente atto, nonché procura per promuovere ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da lui espressa, con facoltà, ove necessario, di sollevare, nei relativi giudizi, eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto.

ASSISTENZA RELIGIOSA

1.

Desidero

Non desidero

l'assistenza religiosa della seguente confessione:

2.

Desidero

Non desidero

un funerale.

3.

- Desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata.
- Desidero un funerale non religioso.

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

1.

- Autorizzo
- Non autorizzo

la donazione dei miei organi per trapianti.

2.

- Autorizzo
- Non autorizzo

la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.

3.

Dispongo che il mio corpo sia

- inumato/tumulato
- cremato

4. In caso di cremazione dispongo che le mie ceneri siano:

- tumulate
- conservate
- disperse

Luogo, Data _____

In fede _____(firma)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 per i soli fini connessi all'attuazione della mia dichiarazione.

Luogo, Data _____

In fede _____(firma)