

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.

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 fiduciario/a che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta

Cognome e nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____ Prov. _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Nel caso in cui la/il mia/mio rappresentante fiduciario risulti deceduta/o, delego a sostituirlo in questo compito (inserimento facoltativo)

Cognome e nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____ Prov. _____

Indirizzo _____ Tel. _____

ALTRE DISPOSIZIONI

LA/IL DICHIARANTE

Documento di riconoscimento _____ nr. _____ rilasciato da _____ il _____

(luogo) _____ (data) _____ In fede, _____

per accettazione