

Allegato 1

Disposizioni Anticipate di Trattamento

Il sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____ cap _____
telefono _____ cellulare _____
email _____

Nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, ai sensi e per effetto delle normative vigenti in materia, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche avendo acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte.

CONSENSO INFORMATO

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

Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego ad essere informato e a decidere in mia vece quale persona di mia fiducia che mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie il signor

Nominativo _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____ cap _____

- voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie
- Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

Nominativo

Nominativo

Nominativo

Nominativo

DISPOSIZIONI GENERALI

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 i 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 e senza possibilità 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 senza possibilità di recupero.
- 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.

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

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:

- Siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze. Il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore.
- Non siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze. Il medico non può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore.

In caso di arresto cardio-respiratorio (nelle situazioni sopra descritte)

- sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.
- non sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.
- Voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica
- Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica
- Voglio essere idratato o nutrito artificialmente
- Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente
- Voglio essere dializzato.
- Non voglio essere dializzato.
- Voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza
- Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza
- Voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue
- Non voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue
- Voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche.
- Non voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

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:

Nominativo

nato/a il _____ a _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____ cap _____

telefono _____ cellulare _____

email _____

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

Nominativo

nato/a il _____ a _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____ cap _____

telefono _____ cellulare _____

email _____

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.

Data _____

In fede _____

Per accettazione
(firma fiduciari)
