

DIRETTIVE ANTICIPATE PER I TRATTAMENTI SANITARI

Io sottoscritto/a

nato/a il..... a..... prov.....

residente a..... prov.....

indirizzo.....

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessitassi di cure mediche e mi trovassi in situazione di perdita della capacità di decidere o di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente le mie decisioni ai medici.

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.

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 (stato vegetativo permanente) 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.

3. Voglio Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.

4. Voglio Non voglio essere nutrito artificialmente.

5. Voglio Non voglio essere idratato 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.

ALTRE DIRETTIVE

(lo spazio che segue può essere utilizzato per fornire altre indicazioni non contemplate nel formulario o definibili solo in modalità discorsiva, quali ad es. il desiderio o meno di assistenza religiosa, specificando la confessione, oppure indicazioni generali che siano di ausilio all'ottemperanza delle direttive stesse)

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

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/la signor/a.....

nato/a il..... a..... prov.....

residente a..... prov.....

indirizzo.....

il quale sottoscrive per accettazione dell'incarico

.....

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario - per morte, incapacità o sopravvenuta rinuncia - sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo il/la signor/a.....

nato/a il..... a..... prov.....

residente a..... prov.....

indirizzo.....

il quale sottoscrive per accettazione dell'incarico

.....

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 cremato.
4. Desidero Non desidero un funerale religioso secondo la confessione di fede da me professata.

In fede,

.....
(da firmare davanti all'avvocato)

Ai sensi dell'art. 13 D. lgs. 196/03 dichiaro di prestare il consenso al trattamento dei dati personali al fine dell'attività espletata nel mio interesse.

.....
(da firmare davanti all'avvocato)