

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

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 caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente, le mie decisioni ai medici, formulo, dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, 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 sanitari

Non siano

iniziati e continuati 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 demenza avanzata non suscettibile di recupero.

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

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

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.

Non sia

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

NON voglio

che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.

NON voglio

essere idratata/o o nutrita/o artificialmente.

NON voglio

essere dializzata/o.

NON voglio

che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.

NON voglio

che mi siano praticate trasfusioni di sangue.

NON voglio

che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

NON voglio

essere risvegliata/o dallo stato di incoscienza in condizioni di limitata autonomia. In particolare:

NON TETRAPLEGICA

NON PARAPLEGICA

NON CIECA

NON MUTA

NON AUTORIZZO AMPUTAZIONI anche di un solo arto.

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/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

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

(cognome e nome) _____

Nata/o 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

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, _____