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:

**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, 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:



**Siano**

# Non siano

iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.

# Non siano



**Siano**

iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.

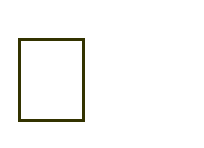
# Non siano



**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.

# Non sia



**Sia**

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

# NON voglio



**Voglio**

che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.

# NON voglio



**Voglio**

essere idratata/o o nutrita/o artificialmente.

# NON voglio



**Voglio**

essere dializzata/o.

# NON voglio



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

(cognome e nome) Natao/a 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,