

## 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.

**Siano**     **Non siano**

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

**Siano**     **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 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, \_\_\_\_\_