

Al Sindaco del Comune di _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

Io sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche, trattamenti e assistenza sanitaria.

CONSENSO INFORMATO (barrare la casella per esprimere la scelta)

1. **Voglio** **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

2. **Voglio** **NON voglio** essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie

3. Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

(cognome e nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

(cognome e nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

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 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:

1. **Siano** **Non siano**

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

2. **Siano** **Non siano**

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

3. **Siano** **Non 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.

DISPOSIZIONI PARTICOLARI (barrare la casella per esprimere la scelta)

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti dell'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:

1. **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 a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.

2. **Sia** **Non sia**

praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti in caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte).

3. **Voglio** **NON voglio**

che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.

4. **Voglio** **NON voglio**

essere idratato o nutrito artificialmente.

5. **Voglio** **NON voglio**

essere dializzato.

6. **Voglio** **NON voglio**

che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.

7. **Voglio** **NON voglio**

che mi siano praticate trasfusioni di sangue.

8. **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 mio rappresentante fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta

(cognome e nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

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

(cognome e nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ tel _____

ASSISTENZA SPIRITUALE, PSICOLOGICA, UMANITARIA (barrare la casella per esprimere la scelta)

1. Desidero assistenza laica _____

assistenza religiosa _____

nessuna assistenza né contatti con personale che non siano medici/infermieri/inservienti

2. Desidero funerale civile _____

funerale religioso _____

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE (barrare la casella per esprimere la scelta)

Autorizzo **Non autorizzo** la donazione dei miei organi per trapianti.

Autorizzo **Non autorizzo** la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.

Dispongo che il mio corpo sia **inumato** **cremato**.

Documento di riconoscimento _____ nr. _____ rilasciato da _____ il _____

(luogo) _____ (data) _____ In fede, _____