

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Io sottoscritta

Nome e cognome

Data di nascita

residenza

indirizzo

tel.

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue:

Disposizioni generali

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 ai trattamenti sanitari**, disposizioni che perderanno di validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che detti trattamenti:

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 nutrita artificialmente.

NON voglio
essere dializzata.

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 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

Altre disposizioni

Nel caso mi trovassi in situazione di non autosufficienza, assistita in casa 24 h. su 24, dichiaro fin d'ora di non voler essere ospedalizzata in nessun caso, ma di voler essere assistita, per quanto possibile, con le migliori Cure Palliative e Terapia del Dolore secondo quanto previsto dalla Legge 38/2010 che inserisce nei Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA) le Cure Palliative domiciliari fino all'eventuale sedazione palliativa continua profonda

Desidero assistenza laica

Non voglio funerale

Non autorizzo la donazione degli organi

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

Dispongo che il mio corpo sia cremato

Nomina Fiduciario

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino quale mio rappresentante fiduciario secondo quanto previsto dal comma 1 art. 4 della legge 219/2017 entrata in vigore il 31 gennaio 2018 che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta

Nome e Cognome del Fiduciario

Data di nascita

residenza

tel.

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario risulti deceduto, delego a sostituirlo in questo compito

nome e cognome

nata

residente

tel.

LA DICHIARANTE

Documento di riconoscimento C. I. rilasciato dal Comune

aggiungi data

In fede, **aggiungi firma**

per accettazione

IL FIDUCIARIO

Documento di riconoscimento C. I. nr.rilasciato dal Comune di.....

In fede, **aggiungi firma**

LA FIDUCIARIA SUPLENTE

Documento di riconoscimento C. I. nr..... rilasciato dal Comune di.....

data

In fede, **aggiungi firma**