

Disposizioni Anticipate di Trattamento

Io sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____ cap _____
telefono _____ cellulare _____
email _____

Nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, ai sensi e per effetto delle normative vigenti in materia, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti di cure mediche avendo acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte. Dispongo che:

CONSENSO INFORMATO

- Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile;
- 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

Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego ad essere informato e a decidere in mia vece quale persona di mia fiducia che mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie il signor

Nominativo _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____
cap _____

- voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie
- Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

Nominativo

Nominativo

Nominativo

In caso di arresto cardio-respiratorio (nelle situazioni sopra descritte)

- sia praticata** su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.
- non sia praticata** su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.

- Voglio** che mi siano praticate forme di respirazione meccanica
- Non voglio** che mi siano praticate forme di respirazione meccanica

- Voglio** essere idratato o nutrito artificialmente
- Non voglio** essere idratato o nutrito artificialmente

- Voglio** essere dializzato.
- Non voglio** essere dializzato.

- Voglio** che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza
- Non voglio** che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza

- Voglio** che mi siano praticate trasfusioni di sangue
- Non voglio** che mi siano praticate trasfusioni di sangue

- Voglio** che mi siano somministrate terapie antibiotiche.
- 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, il signor:

Nominativo

_____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ prov. _____

ALTRE DISPOSIZIONI

ASSISTENZA RELIGIOSA

- Desidero** l'assistenza religiosa della seguente confessione:
- Non desidero** l'assistenza religiosa della seguente confessione:

- Desidero** un funerale.
- Non desidero** un funerale.

- Desidero** un funerale religioso secondo la confessione da me professata.
- Non desidero** un funerale religioso.

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

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

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

 - Dispongo** che il mio corpo sia inumato
 - Dispongo** che il mio corpo sia cremato
- Data _____ In fede _____