

DICHIARAZIONI DI VOLONTA' ANTICIPATE NEI TRATTAMENTI SANITARI

Sig/ra
 nato/ail.....
 residente a.....cap.....
 via.....tel.....

DICHIARAZIONE

Alla mia famiglia, ai medici curanti e a tutti coloro che saranno coinvolti nella mia assistenza. Io sottoscritto/a, essendo attualmente in pieno possesso delle mie facoltà mentali, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere qualora mi ammalassi :

		Sì	N o
1	Voglio essere informato sul mio stato di salute, anche se fossi affetto da malattia grave e inguaribile		
2	Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie		
3	Autorizzo i curanti ad informare, anche senza il mio consenso, le seguenti persone:		

Chi ha scelto 'No' riguardo alla disposizione 1 può terminare qui la compilazione apponendo una firma.

Firma..... Data

Chi invece ha scelto 'Sì' riguardo alla disposizione 1 è opportuno che prosegua la lettura in modo da formulare altre **disposizioni** di carattere generale e particolare.

Sono consapevole che potrebbe accadermi in futuro di perdere la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, ma, poiché voglio esercitare comunque il mio diritto di scelta, formulo qui di seguito alcune disposizioni che desidero vengano rispettate. Resta inteso che queste disposizioni perdono il loro valore qualora, in piena coscienza, io decida di annullarle o di sostituirle con altre.

DISPOSIZIONI GENERALI

So che si definiscono oggi "provvedimenti di sostegno vitale" le misure urgenti senza le quali il processo della malattia porta in tempi brevi alla morte. Esse comprendono la rianimazione cardiopolmonare in caso di arresto cardiaco, la ventilazione assistita, la dialisi (rene artificiale), la chirurgia d'urgenza, le trasfusioni di sangue, le terapie antibiotiche e l'alimentazione artificiale. Sono consapevole che, qualora venissero iniziati e proseguiti su di me tutti i possibili interventi capaci di sostenere la mia vita, potrebbe accadere che il risultato sia solo il prolungamento del mio morire o il mio mantenimento in uno stato di incoscienza o di demenza. Formulo perciò le seguenti scelte riguardo ai provvedimenti di sostegno vitale.

DISPONGO CHE QUESTI INTERVENTI:

4	SIANO iniziati e continuati se il loro risultato fosse il prlungamento del mio morire	
	NON SIANO iniziati e continuati se il loro risultato fosse il prlungamento del mio morire	
5	SIANO iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mio mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e privo di possibilità di ricupero	
	NON SIANO iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mio mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e privo di possibilità di ricuper	
6	SIANO iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mio mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di ricupero	
	NON SIANO iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mio mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di ricupero	

Chi ha scelto 'SIANO iniziati' in tutte queste tre ipotesi, può concludere qui la compilazione apponendo una firma.

Firma Data

Chi ha scelto 'NON siano iniziati' in almeno una di queste tre situazioni, è opportuno che continui la compilazione delle seguenti Disposizioni Particolari, che ribadiscono in modo esplicito la rinuncia o la richiesta di alcuni interventi a proposito dei quali è più facile che nascano controversie.

DISPOSIZIONI PARTICOLARI		Si	No
7	Dispongo che siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se essi rischiassero di anticipare la fine della mia vita		
8	Dispongo che, in caso di arresto cardiorespiratorio, nelle situazioni descritte sopra ai punti 4, 5 e 6 sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti		
9	Dispongo che, nelle situazioni descritte sopra ai punti 4, 5 e 6 qualora io non sia in grado di alimentarmi in modo naturale, sia proseguita la somministrazione artificiale di acqua e sostanze nutritive se ritenuta indicata dai curanti		

Firma Data

Le disposizioni seguenti possono essere sottoscritte indipendentemente dalle precedenti, anche se non si è eseguito alcuna scelta.

DISPOSIZIONI RIGUARDANTI L'ASSISTENZA RELIGIOSA

		Si	No
11	Desidero l'assistenza religiosa Di confessione.....		
12	Desidero un funerale	religioso	laico

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

		Si	No
13	Dispongo di donare i miei organi a scopo di trapianto		
14	Dispongo di donare il mio corpo a scopi scientifici o didattici		
15	Dispongo che il mio corpo sia	inumato	cremato

Firma Data.....

NOMINA DEL FIDUCIARIO

Consapevole del fatto che le disposizioni suddette riguardano situazioni complesse, imprevedibili, dove non sempre è agevole per i curanti esprimere una chiara valutazione del rapporto tra sofferenza e benefici di ogni singolo atto medico, **nomino mio rappresentante fiduciario:**

il/la Sig/ra.....
nato/a a..... il.....
residente a cap.
viatel.....

che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente Carta e a sostituirsi a me per tutte le decisioni non contemplate sopra, qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni.

Nel caso che il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo in tale compito:

il/la Sig/ra
nato/ail
residente a.....cap
viatel.....
Questo atto avviene ilin presenza
del/la Sig/ra
nato/a ail
residente acap.....
via tel.....

che attesta la veridicità della presente dichiarazione e testimonia che i Sigg.ri sopra indicati hanno accettato la delega.

Firma del sottoscrittore

Firma del primo fiduciario

Firma del secondo fiduciario

Firma del testimone