

## DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Io sottoscritto/a .....  
nato/a il ..... a ..... prov. ....  
residente a ..... prov. ....  
indirizzo.....  
recapito telefonico ..... e-mail .....

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, avendo acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessitassi di cure mediche

### CONSENSO INFORMATO

- Non voglio**  **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**  **Voglio essere** informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie
- Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego a essere informato e a decidere in mia vece il signor .....

nato/a il ..... a ..... prov. ....  
residente a ..... prov. ....  
domicilio se diverso dalla residenza .....

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

.....  
.....  
.....

### 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 le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari. Disposizioni che perderanno di validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti:

- Siano iniziati e continuati anche 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 incoscienza permanente e senza possibilità di recupero.
- Siano iniziati e continuati anche 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 demenza avanzata senza possibilità di recupero.
- 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.
- Non siano iniziati e continuati 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

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti l'uso permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (stato vegetativo permanente) che secondo i medici sia irreversibile dispongo che:

1.  **Siano**  **Non siano** intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei)
2. In caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte)  **sia**  **non sia** praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.
3.  **Voglio**  **Non voglio** che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
4.  **Voglio**  **Non voglio** essere nutrito artificialmente.
5.  **Voglio**  **Non voglio** essere idratato artificialmente.
6.  **Voglio**  **Non voglio** essere dializzato.
7.  **Voglio**  **Non voglio** che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.
8.  **Voglio**  **Non voglio** che mi siano praticate trasfusioni di sangue
9.  **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, il/la signor/a .....

nato/a il ..... a..... prov. ....

residente a ..... prov. ....

indirizzo.....

recapito telefonico ..... e-mail .....

il quale sottoscrive per accettazione dell'incarico

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario - per morte, incapacità o sopravvenuta rinuncia - sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo

il/la signor/a.....

nato/a il ..... a ..... prov. ....

residente a ..... prov. ....

indirizzo.....

recapito telefonico ..... e-mail .....

il quale sottoscrive per accettazione dell'incarico

**ASSISTENZA RELIGIOSA**

- 1.  Desidero  Non desidero l'assistenza religiosa della confessione:.....
- 2.  Desidero  Non desidero un funerale.
- 3.  Desidero  Non desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata.
- 4.  Desidero un funerale non religioso

**DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE**

- 1.  Autorizzo  Non autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti.
- 2.  Autorizzo  Non autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.
- 3. Dispongo che il mio corpo sia  inumato  cremato.

**ALTRE INDICAZIONI**

Utile all'ottemperanza delle direttive .....  
.....  
.....  
.....

Data.....

In fede .....

Ai sensi dell'art. 13 D. lgs. 196/03 dichiaro di prestare il consenso al trattamento dei dati personali al fine dell'attività espletata nel mio interesse.

.....