

## Disposizioni Anticipate di Trattamento

Il 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 \_\_\_\_\_

Non siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze. Il medico non può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore.

*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. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_