

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

A) DATI ANAGRAFICI

Io sottoscritta/o _____

nata/o _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti cure mediche.

B) CONSENSO INFORMATO

1. 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 curabile.
2. 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 la signora/il signor:

nata/o _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

3. Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.
4. Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

C) DISPOSIZIONI GENERALI

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari.

Disposizioni che perderanno di validità se, ripresa la piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti:

1. Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza
 Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero e senza possibilità di recupero.
2. Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
 Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.
3. 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 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.

D) DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione celebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) considerata irreversibile dai medici dispongo che:

1. Siano Non siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.
2. Voglio Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
3. Voglio Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente.
4. Voglio Non voglio essere dializzato.

5. Voglio Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.
6. Voglio Non voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue.
7. Voglio Non voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche.
8. Altre disposizioni personali.

E) NOMINA DEL FIDUCIARIO/I

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 la signora/il signor:

nata/o _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito la signora/il signor:

nata/o _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____

F) ASSISTENZA RELIGIOSA

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

G) 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.
4. Dispongo che il mio corpo sia cremato.

H) FIRME

IN FEDE

FIRMA E TIMBRO DEL NOTAIO

DATA

_____/_____/_____

FIRMA 1° TESTIMONE

FIRMA 2° TESTIMONE
