

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

A) DATI ANAGRAFICI

Io sottoscritta/o _____

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

Tel/Cell _____

Codice Fiscale _____

N. Documento d'Identità _____

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

B) INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

Autorizzo i medici curanti ad informare sul mio stato di salute, sulle mie aspettative di vita, sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, le seguenti persone:

Nominativo _____

Nominativo _____

Nominativo _____

Nominativo _____

Nel caso di mancata indicazione, lascio ogni decisione ai medici curanti.

C. DISPOSIZIONI PARTICOLARI

In caso di perdita della capacità di intendere e di volere a seguito di una patologia cerebrale invalidante e irreversibile con esiti permanenti severi sulla coscienza e/o sul corpo, o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o stato vegetativo permanente) considerata irreversibile dai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari:

1. ☐ Siano ☐ Non siano

intrapresi tutti i provvedimenti, inclusa la sedazione profonda, volti ad alleviare le mie sofferenze, anche se il ricorso ad 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 nutrito artificialmente.

4. ☐ Voglio ☐ Non voglio essere idratato artificialmente.

5. ☐ Voglio ☐ Non voglio essere dializzato.

6. ☐ Voglio ☐ Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.

7. ☐ Voglio ☐ Non voglio che mi siano praticate trasfusioni di sangue.

8. ☐ Voglio ☐ Non voglio che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

D) ALTRE EVENTUALI DISPOSIZIONI

In particolare, in aggiunta o anche ad eccezione di quanto sopra, dispongo che:

E) NOMINA DEL FIDUCIARIO/I

Ai sensi della legge 219/2017, qualora io perdessi la capacità di decidere e di autodeterminarmi, nomino mio rappresentante fiduciario, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente, la signora/il signor: _____

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

Tel/Cell _____ Email _____

CF _____ Documento _____

Per accettazione

Firma del fiduciario _____

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 il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

Tel/Cell _____ Email _____

CF _____

Documento _____

Per accettazione Firma del fiduciario _____

☐ Conferisco ☐ Non conferisco

al fiduciario, in caso di mia incapacità, il potere di rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente dal presente atto, nonché procura per promuovere ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da me espressa, con facoltà, ove necessario, disollevare, nei relativi giudizi, eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto.

Data.....

In fede,

Il disponente