

Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

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

**CONSENSO INFORMATO** (barrare la casella per esprimere la scelta)

1.  **Voglio**  **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

2.  **Voglio**  **NON voglio** essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie

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

(cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

(cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**DISPOSIZIONI GENERALI** (barrare la casella per esprimere la scelta)

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 detti trattamenti:

1.  **Siano**  **Non siano** iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.

2.  **Siano**  **Non siano** iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.

3.  **Siano**  **Non 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.

**DISPOSIZIONI PARTICOLARI** (barrare la casella per esprimere la scelta)

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

1.  **Siano**  **Non siano**  
intrapresi tutti i provvedimenti e le cure palliative 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.  **Sia**  **Non sia**  
praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti in caso di arresto cardiorespiratorio (nelle situazioni sopra descritte).
3.  **Voglio**  **NON voglio**  
che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
4.  **Voglio**  **NON voglio**  
essere idratato o nutrito 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.

**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

(cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

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

(cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**ASSISTENZA SPIRITUALE, PSICOLOGICA, UMANITARIA** (barrare la casella per esprimere la scelta)

1. Desidero  assistenza laica \_\_\_\_\_  
 assistenza religiosa \_\_\_\_\_  
 nessuna assistenza né contatti con personale che non siano medici/infermieri/inservienti
2. Desidero  funerale civile \_\_\_\_\_  
 funerale religioso \_\_\_\_\_

**DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE** (barrare la casella per esprimere la scelta)

- Autorizzo**  **Non autorizzo** la donazione dei miei organi per trapianti.  
 **Autorizzo**  **Non autorizzo** la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.

Dispongo che il mio corpo sia  **inumato**  **cremato**.

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ In fede, \_\_\_\_\_