

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI

I sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

Consapevole:

Della mancanza di una specifica norma di legge che disciplini tale dichiarazione anticipata per i trattamenti sanitari;

Della valenza prettamente conoscitiva della presente dichiarazione;

Della previsione, nell' Ordinamento Giuridico, di apposti istituti giuridici cui ricorrere nel caso in cui una persona non sia in grado di esprimere le proprie volontà;

Che questa dichiarazione sarà comunque considerata dal medico responsabile delle cure in conformità alla normativa generale in vigore nel momento in cui sarà esibita e alle disposizioni specifiche previste dalla struttura sanitaria che mi assisterà;

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

INFORMAZIONI SULLE CONDIZIONI CLINICHE:

- Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulla mia aspettativa di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile.
 Non voglio essere informato sul mio stato di salute e sulla mia aspettativa di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile.
 Non intendo esprimermi in merito a questo punto.
- Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare chiedo che sia informato, in mia vece, il signor:

_____ nato/a il _____ a _____ prov. _____

_____ residente a _____ prov. _____

_____ indirizzo _____

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.

Chiedo che i trattamenti:

- Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato, ragionevolmente prevedibile, fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero;
 Non siano continuati se il loro risultato, ragionevolmente prevedibile, fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero;
- Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato, ragionevolmente prevedibile, 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, ragionevolmente prevedibile, fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.

In fede,
IL DICHIARANTE

Data _____

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

In caso di malattia allo stadio terminale, o di lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o di malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine ovvero fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) considerata irreversibile dai medici chiedo:

1. Che 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. Che, nel rispetto degli obblighi deontologici, il medico concordi la somministrazione delle terapie analgesiche applicabili nel mio caso;
3. Che non mi siano praticate forme di respirazione meccanica, anche invasiva;
4. Di essere libero/a di interrompere in qualsiasi momento forme di respirazione meccanica, anche invasiva;
5. Di non essere idratato o nutrito artificialmente.

Con la presente inoltre;

Autorizzo la donazione dei miei organi per i trapianti.

Altre disposizioni personali:

NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni nomino mio rappresentante fiduciario, che s' impegna a rendere note le mie volontà espresse nel presente documento, il signor

nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ n. tel. _____

Per conoscenza e accettazione
IL FIDUCIARIO

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

nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ n. tel. _____

Per conoscenza e accettazione
IL SOSTITUTO DEL FIDUCIARIO

In fede,
IL DICHIARANTE

Data: _____

In relazione al contenuto della presente dichiarazione, autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del decreto legislativo 196/2003.

In fede,
IL DICHIARANTE

Data: _____