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 se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.

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

3. □ **Siano** □ **Non siano**
   iniziati e 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.

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 e 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, _____