

Disposizioni Anticipate di Trattamento

(D.A.T.)

Art. 4 Legge 22 Dicembre 2017. n. 219

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ prov. _____
in _____ n. _____
Cap. _____ tel. _____ e-mail _____

nel pieno delle mie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta

DISPONGO

quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso la mia persona abbia necessità di doversi sottoporre a cure mediche.

Consenso Informato

Qualora io sia in buono stato di lucidità mentale, nel pieno delle mie facoltà mentali ed in totale libertà di scelta:

- ☐ **Voglio** essere informato/a sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile, sugli esami diagnostici e le terapie da adottare nonché sui vantaggi e sui rischi derivanti da tali esami e terapie.
- ☐ **Non voglio** essere informato/a sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile, sugli esami diagnostici e le terapie da adottare nonché sui vantaggi e sui rischi derivanti da tali esami e terapie. In questo caso autorizzo i medici curanti ad avvisare e rendere edotte di quanto sopra le persone fiduciarie più avanti indicate.

Disposizioni Generali

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità a comunicare le mie decisioni al personale medico, formulo le seguenti disposizioni in riguardo ai **trattamenti sanitari**.

- ☐ **Siano** iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento permanente e senza possibilità di recupero in uno stato qualsiasi di incoscienza, e/o di demenza avanzata, e/o di paralisi con incapacità di comunicare verbalmente, per iscritto o con l'ausilio di mezzi tecnologici.
- ☐ **Non siano** iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento permanente e senza possibilità di recupero in uno stato qualsiasi di incoscienza, e/o di demenza avanzata, e/o di paralisi con incapacità di comunicare verbalmente, per iscritto o con l'ausilio di mezzi tecnologici.

Tali disposizioni, come previsto dalla Legge di riferimento, potranno essere da me totalmente o in parte revocate o modificate qualora ritornassi in piena coscienza.

Disposizioni particolari

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità a comunicare le mie decisioni

Disposizioni Anticipate di Trattamento

(D.A.T.)

Art. 4 Legge 22 Dicembre 2017. n. 219

al personale medico e qualora io mi trovassi in una delle seguenti situazioni: malattia allo stadio terminale, e/o lesione cerebrale gravemente invalidante, e/o malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine, e/o stato permanente di incoscienza (coma o persistente stato vegetativo), **considerate irreversibili dai medici curanti, dispongo che:**

- ☐ **Siano** intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (uso di farmaci sedativi, oppiacei, ecc.) anche se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.
- ☐ **Non siano** intrapresi provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (uso di farmaci sedativi, oppiacei, ecc.) se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.

- ☐ **Voglio**
- ☐ **Non voglio** che, in caso di necessità, mi venga praticato il tentativo di rianimazione cardiopolmonare.

- ☐ **Voglio**
- ☐ **Non voglio** che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.

- ☐ **Voglio**
- ☐ **Non voglio** essere idratato o nutrito artificialmente.

- ☐ **Voglio**
- ☐ **Non voglio** essere sottoposto a dialisi.

- ☐ **Voglio**
- ☐ **Non voglio** che mi siano praticati interventi di chirurgia.

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

- ☐ **Voglio**
- ☐ **Non voglio** che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

Tali disposizioni, come previsto dalla Legge di riferimento, potranno essere da me totalmente o in parte revocate o modificate qualora ritornassi in piena coscienza.

Disposizioni in caso di morte

- ☐ **Non desidero** alcuna assistenza religiosa.
- ☐ **Desidero** l'assistenza religiosa della seguente confessione _____
- ☐ **Desidero** un funerale religioso secondo la confessione sopracitata.
- ☐ **Desidero** un funerale non religioso.
- ☐ **Non desidero** alcun funerale.

Disposizioni Anticipate di Trattamento

(D.A.T.)

Art. 4 Legge 22 Dicembre 2017. n. 219

☐ **Autorizzo**

☐ **Non autorizzo** la donazione dei miei organi per trapianti.

☐ **Autorizzo**

☐ **Non autorizzo** la donazione del mio corpo o parti di esso per scopi scientifici o didattici.

Dispongo che il mio corpo sia

☐ Inumato

☐ Cremato

Nomina fiduciari

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare in qualunque modo le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario

il/la signor/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

prov. _____ in _____ n. _____

Cap. _____ Tel./cell. _____ e mail _____

che, impegnandosi a garantire lo scrupoloso rispetto delle volontà da me espresse in questa carta, firma per accettazione dichiarando inoltre di essere a conoscenza delle normative vigenti riguardanti il trattamento dei dati personali.

luogo, data e firma per accettazione del fiduciario/a.

Luogo _____

Firma

Data _____

luogo, data e firma del/la disponente che dichiara inoltre di essere a conoscenza delle normative vigenti sul trattamento dei dati personali.

Luogo _____

Firma

Data _____

Si allegano copie dei documenti di identità del/la disponente e dei fiduciari ai quali viene così inoltre conferito il potere di rappresentanza in ogni eventuale controversia giudiziaria e/o amministrativa scaturente dal presente atto, nonché procura per promuovere ricorsi nelle competenti sedi giudiziarie e/o amministrative, di ogni ordine e grado, in caso di rigetto o mancata considerazione totale o parziale delle volontà qui espresse.