

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI e DI FINE VITA

Compilazione del modulo.

•Si consiglia di compilare il modulo con calma, prendendo tutto il tempo necessario a riflettere sulle domande che vengono poste. Si suggerisce inoltre di consultare il proprio medico di base per avere tutte le informazioni necessarie ad indicare nel formulario la propria autodeterminazione.

•Il fiduciario nominato deve essere una persona che sappia interpretare il volere dell'interessato di fronte a situazioni mediche di vario tipo, che rispetti i bisogni, preferenze, aspirazioni, convinzioni e di quanto caratterizza ed esprime l'identità personale del Dichiarante.

•Il formulario deve essere compilato in tutte le sue parti, barrando solo una libera scelta per ogni condizione, inoltre, nelle indicazioni aggiuntive aperte scrivere in forma leggibile. Se tale spazio non viene impiegato va obbligatoriamente e visibilmente cassato da impedire aggiunte successive all'apertura.

•La firma in calce al modulo avverrà in presenza del Responsabile dell'Ufficio di Stato Civile o suo delegato e. I fiduciari non deve/ono firmare questo modulo.

•E' fatto obbligo allegare al presente modulo copia dei documenti d'identità validi del Dichiarante, Fiduciario e Supplente Fiduciario.

A) DATI ANAGRAFICI (dichiarante)

Io sottoscritto/a _____

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

Documento di identità n. _____ C.F. _____

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

B) CONSENSO INFORMATO

1. Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non curabile.

Non voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non curabile

2. Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego a essere informato e a decidere in mia vece la signora/il signor:

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

3. Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.

Non voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie.

4. Non autorizzo i medici curanti ad informare persone

Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone: _____

C) 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.

Dispongo che i trattamenti:

1. Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza
 Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero e senza possibilità di recupero.
2. Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
 Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.
3. 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.
 Non siano 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.

D) DISPOSIZIONI PARTICOLARI

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

1. Voglio Non voglio *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. Voglio Non voglio *che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.*
 3. Voglio Non voglio *essere idratato o nutrito artificialmente.*
 4. Voglio Non voglio *essere dializzato.*
 5. Voglio Non voglio *che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.*
 6. Voglio Non voglio *che mi siano praticate trasfusioni di sangue.*
 7. Voglio Non voglio *che mi siano somministrate terapie antibiotiche.*
 8. Altre disposizioni personali (non possono essere rifiutate misure di assistenza e accudimento indispensabili alla tutela della dignità della persona, come a titolo di esempio la pulizia e la prevenzione e cura delle piaghe)
-
-

E) NOMINA DEL FIDUCIARI

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 la signora/il signor:

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

Documento di identità _____ C.F. _____

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo (**fiduciario supplente**) in questo compito la signora/il signor:

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____

Documento di identità _____ C.F. _____

F) ASSISTENZA RELIGIOSA

1. Desidero l'assistenza religiosa della seguente confessione: _____
2. Non desidero assistenza religiosa.
3. Desidero
 Non desidero un funerale.
4. Desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata.
 Desidero un funerale non religioso.

G) DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

1. Autorizzo Non autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti.
2. Autorizzo Non autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.
3. Dispongo che il mio corpo sia inumato. Non dispongo che il mio corpo sia inumato.
4. Dispongo che il mio corpo sia cremato. Non dispongo che il mio corpo sia cremato.

In fede,

.....
firma del dichiarante

Altfonte,/...../.....

dati anagrafici del pubblico ufficiale che raccoglie l'eventuale dichiarazione di volontà del dichiarante
impossibilitato da cause fisiche a sottoscrivere il documento

Nome/cognome _____

nata/o il _____ a _____ prov. _____

dipendente del Comune di Altofonte con funzioni di _____

Documento di identità n. _____ C.F. _____

Firma
