

Dichiarazione di volontà anticipate per i trattamenti sanitari

Testamento biologico

Sottoscritto/a, _____,
nato/a a _____ (_____), il _____,
e residente a _____ (_____)
in via _____ n. _____,

visti

- 1) l'art. 32 della Costituzione Italiana ("Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge");
- 2) l'art. 9 della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, stipulata ad Oviedo il 4 aprile 1997 e ratificata in Italia con legge n.145 del 28/03/2001,

avendo acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, ed allo scopo di salvaguardare la dignità della mia persona, con la presente

dichiaro

di voler esercitare il mio diritto di scelta o di rifiuto delle diverse possibilità di trattamento sanitario, attraverso le volontà qui espresse anticipatamente. A tale scopo

dispongo

CONSENSO INFORMATO

- ☐ Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile;
- ☐ 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

Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego ad essere informato e a decidere in mia vece quale persona di mia fiducia che mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie il signor

Nominativo _____ nato/a il _____
_____ a _____ residente a _____
_____ prov. _____ indirizzo _____
_____ n. _____ cap _____

- ☐ voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie
- ☐ Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

Nominativo _____
Nominativo _____
Nominativo _____

DISPOSIZIONI GENERALI

nel caso in cui necessitassi di cure mediche e mi trovassi in situazione di perdita della capacità di decidere o nell' impossibilità di comunicare le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari:

- ☐ Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero
- ☐ Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero.

- ☐ Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
- ☐ Non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.

- ☐ 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 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

• qualora io fossi affetto da una malattia allo stadio terminale, oppure da una malattia o lesione cerebrale totalmente invalidante e irreversibile o ancora se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o stato vegetativo permanenti) che secondo i medici sia irreversibile;

- ☐ Siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze, compreso l'uso di farmaci oppiacei, anche se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.. Il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore.
- ☐ Non siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze. Il medico non può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore.

In caso di arresto cardio-respiratorio (nelle situazioni sopra descritte)

- ☐ sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.
- ☐ non sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.

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

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

- ☐ Voglio essere dializzato.
- ☐ Non voglio essere dializzato.

- ☐ Voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza
- ☐ Non voglio che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza

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

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

dispongo inoltre che

- ☐ non mi sia data assistenza religiosa
- ☐ mi sia data assistenza religiosa di confessione _____
- ☐ desidero un funerale
- ☐ non desidero un funerale
- ☐ desidero un funerale religioso secondo la confessione da me professata
- ☐ desidero un funerale non religioso.

dispongo infine che

- ☐ i miei organi siano donati per trapianti
- ☐ i miei organi non siano donati per trapianti
- ☐ il mio corpo sia utilizzato per scopi scientifici o didattici
- ☐ il mio corpo non sia utilizzato per scopi scientifici o didattici
- ☐ il mio corpo sia cremato e le mie ceneri disperse
- ☐ il mio corpo sia cremato e le mie ceneri non siano disperse
- ☐ il mio corpo non sia cremato

Altre direttive

Al fine di rendere esecutive le suddette disposizioni e di assumere in mia vece le altre decisioni che fossero necessarie, ed ai fini della designazione di un amministratore di sostegno ai sensi dell'art. 408 c.c., ovvero della indicazione del tutore, ed in ogni caso per ogni effetto di legge

designo come mio fiduciario

il sig. _____ nato a _____ (_____)

il _____, e residente a _____ (_____)

in via _____ n. _____

tel./cell. _____ e.mail _____

il quale sottoscrive per accettazione dell'incarico.

Data _____ firma _____

Qualora questi fosse impossibilitato ad esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo

il sig. _____ nato a _____ (____)

il _____, e residente a _____ (____)

in via _____ n. _____

tel./cell. _____ e.mail _____

il quale sottoscrive per accettazione dell'incarico.

Data _____ firma _____

La persona delegata dovrà prendere al mio posto tutte le decisioni necessarie relative al mio trattamento medico.

Di conseguenza dovrà tener conto soprattutto della mia volontà e delle mie aspettative che ho qui lasciato per iscritto.

Potrà prendere in visione la mia cartella clinica e autorizzare la sua consegna a terzi. A questo fine sciolgo dal segreto professionale, nei confronti della persona da me delegata, chiunque sia tenuto al medesimo.

Conferisco al fiduciario, in caso di mia incapacità, il potere di rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente dal presente atto, nonché procura per promuovere ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da lui espressa, con facoltà, ove necessario, di sollevare, nei relativi giudizi, eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto.

Resta inteso che queste mie volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con una successiva disposizione, che annullerà le precedenti.

Queste mie volontà sono depositate in originale presso l'Ufficio Stato Civile del Comune di Vobarno (Bs)

Lì, data _____ In fede _____

Dichiaro di prestare il consenso al trattamento dei dati personali al fine dell'attività espletata nel mio interesse.

Lì, data _____ In fede _____

Firma _____

Documentazione allegata alla presente D.A.T.:

- 1) Copia documento d'identità in corso di validità del richiedente*
- 2) Copia documento d'identità in corso di validità del/i fiduciario/i*