

È consigliabile formulare le direttive anticipate di trattamento in base agli elementi strutturali indicati a pag. 19 e segg. Se Lei desidera, può anche utilizzare il presente modello, adattandolo secondo le Sue esigenze.

Direttive anticipate di trattamento

Io, sottoscritto/a

nato/a a _____ (prov)

il _____

residente a _____

via _____

telefono _____

e-mail _____

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta e dopo profonda riflessione, intendo con la presente far conoscere in forma anticipata le mie volontà.

Disposizioni generali

Nell'eventualità che in seguito a malattia grave o incidente io non sia più in grado di maturare ed esprimere in modo comprensibile la mia volontà, dispongo quanto segue:

Se il risultato dell'inizio e della continuazione dei trattamenti fosse il prolungamento del mio morire, o il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente o di demenza avanzata non suscettibili di recupero, dispongo che

Siano Non siano

intrapresi trattamenti atti a prolungare la mia vita;

Siano Non siano intrapresi tutti i provvedimenti atti ad alleviare le mie sofferenze, come l'uso di farmaci oppiacei, anche se essi dovessero avere come conseguenza l'anticipo della fine della mia vita;

Sia Non sia

praticata su di me la rianimazione in caso di arresto cardiorespiratorio

Voglio Non voglio
che mi siano praticate forme di respirazione meccanica

Voglio Non voglio
essere nutrito artificialmente, a prescindere dalla forma di somministrazione (p. es. sondino nasogastrico, accesso venoso)

Voglio Non voglio
essere idratato artificialmente

Voglio Non voglio
essere sottoposto a dialisi

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

Voglio Non voglio
che mi siano praticate trasfusioni di sangue

Voglio Non voglio
che mi siano somministrate terapie antibiotiche

Altre disposizioni personali

Dichiaro inoltre che,

al momento della mia morte

voglio non voglio

assistenza religiosa;

voglio che il mio funerale avvenga con le seguenti forme:

Disposizioni finali

Queste mie volontà, finché non saranno da me annullate o modificate con successiva dichiarazione anche verbale, sono depositate in originale presso

Una copia si trova presso il mio medico di fiducia:

a _____ tel. _____

_____ , il _____

Firma del sottoscrittore

Firma del fiduciario

Firma del testimone

Firma del medico

Il mio corpo può non può essere utilizzato per trapianti.

Il mio corpo può non può essere utilizzato scopi scientifici e didattici.

Voglio Non voglio essere cremato/a.

Voglio Non voglio essere lasciato/a morire a casa.

Per me è inoltre importante :

Nomina del fiduciario

Ai fini della attuazione delle volontà espresse nel presente documento nomino mio rappresentante fiduciario il sig/la sig.ra:

nato/a a _____ (prov)

il _____

residente a _____

via _____

telefono _____

il quale accetta la nomina e si impegna a garantire le volontà sopra espresse e a sostituirsi a me per tutte le decisioni che io non potessi prendere qualora perdessi la capacità di decidere per me stesso.