

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il Residente a Nettuno,

Via nr..... telefono.....

c. f. Email

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

Consenso informato

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

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

il/la signor/ra

nato/a a Il..... residente a

prov.Via nr. cap

Tel DOCUMENTO DI IDENTITA'

Codice fiscale.....

Voglio

Non voglio

Essere informato sui vantaggi e rischi degli esami diagnostici e delle terapie

Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone:

.....

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 riguardo i trattamenti sanitari.

Disposizioni che perderanno di validità se, ripresa la piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero

Non siano 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 e non suscettibile di recupero

Non siano 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 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

Disposizioni particolari

Qualora io avessi una malattia allo stato 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 permanete incoscienza (coma o persistente stato vegetativo o stato di minima coscienza) considerata irreversibile dai medici, dispongo che:

siano

Non siano

intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci sedativi)

non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica, anche invasiva

voglio essere libero/a di interrompere in qualsiasi momento forme di respirazione meccanica, anche invasiva

non voglio essere idratato o nutrito artificialmente

non voglio essere sottoposto a trattamenti dialitici

Altre disposizione personali:

.....

.....

.....

Nomina fiduciario e Fiduciario sostitutivo

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentate fiduciario, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta,

il/la sig /ra

nato/a a Il.....

residente a prov. Via.....

nr. cap Tel

ALLEGARE :DOCUMENTO DI IDENTITA'Codice fiscale:.....

Il/la quale dichiara: di accettare la presente nomina a fiduciario/a

data Firma per accettazione del fiduciario.....

Nel caso in cui il rappresentate fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo in questo compito .

il/la sig /ra

nato/a a Il.....

residente a prov. Via

nr.capTel

ALLEGARE :DOCUMENTO DI IDENTITA'Codice fiscale.....

Il/la quale dichiara: di accettare la presente nomina a fiduciario/a

data Firma per accettazione del fiduciario.....

DATA _____ **Firma del dichiarante** _____