DICHIARAZIONE DI VOLONTA' ANTICIPATA PER TRATTAMENTI SANITARI – D.A.T.

Io sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ Prov. _____
indirizzo _____

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

- Non voglio 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;
- 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 il/la signor/a:

_____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ Prov. _____
indirizzo _____

- Voglio essere informato sui vantaggi e sui 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 disposizioni riguardo i trattamenti sanitari.

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

Dispongo che i trattamenti:

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

- Siano Non siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita;
- 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;
3. Non voglio essere idratato/a o nutrito/a artificialmente;
4. Altre disposizioni personali:

NOMINA FIDUCIARIO

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 carta, il/la signor/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

indirizzo _____ nr. tel. _____

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito il/la signor/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

indirizzo _____ nr. tel. _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del decreto legislativo 196/2003 e del Regolamento UE n. 679/2016.

Data, _____

Firma del disponente

Firma del fiduciario

Firma del sostituto fiduciario (*eventuale*)