



Disposizioni Anticipate di Trattamento

IO SOTTOSCRITT_

Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
in via/piazza _____ n. _____ CAP _____
telefono _____ cellulare _____
email _____
codice fiscale _____
documento di identità _____

Ai sensi e per effetto delle normative vigenti in materia, nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e della capacità di intendere e di volere, **desidero esercitare pienamente il mio diritto di scelta** riguardo alle cure mediche nel caso perdessi la capacità di decidere per la mia salute o fossi impossibilitato a comunicare. **Chiedo che la mia famiglia, i miei cari, i medici e tutti i professionisti sanitari prestino fede alle mie disposizioni** così come espresse in questo documento oppure comunicate dal mio fiduciario.

DICHIARO che, al fine di redigere le presenti Disposizioni Anticipate di Trattamento, ho acquisito informazioni, come suggerito dalla legge 219/2017, da:

Cognome _____ Nome _____
Professione _____

e da:

Cognome _____ Nome _____
Professione _____

DISPOSIZIONI GENERALI

Consapevole delle conseguenze a cui questa mia scelta potrebbe condurre, **in caso dovessi trovarmi in una delle seguenti situazioni:**

- malattia in stadio terminale
 - lesione cerebrale invalidante e irreversibile
 - stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) che secondo le conoscenze della medicina sia irreversibile
 - malattia che necessiti l'uso permanente di macchine di sostegno vitale
 - demenza molto grave (deficit del linguaggio e della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, necessità di aiuto nelle attività della vita quotidiana)
 - altro _____
-

DISPONGO che:

- in caso di arresto cardio-respiratorio si pratici la rianimazione cardiopolmonare SI - NO
- si pratichino forme di respirazione meccanica SI - NO
- si pratici idratazione artificiale SI - NO
- si pratici nutrizione artificiale SI - NO
- si pratici dialisi SI - NO
- si pratichino interventi di chirurgia d'urgenza SI - NO
- si pratichino trasfusioni di sangue SI - NO
- che, nel caso in cui fossi prossimo/a alla morte, si utilizzino tutte le procedure necessarie per alleviare il mio dolore e le mie sofferenze, compresa la sedazione palliativa profonda e continua associata alla terapia del dolore SI - NO

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

In particolare, in aggiunta o anche ad eccezione di quanto sopra, **DISPONGO** che:

Come previsto dalla legge, **sono consapevole** che le mie disposizioni potranno essere, in tutto o in parte, disattese dal medico, in accordo con il mio fiduciario, qualora:

- esse appaiano palesemente incongrue con la mia condizione clinica;
- siano intervenute terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione delle presenti DAT e capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle mie condizioni di vita.

NOMINA DEL FIDUCIARIO

Il rispetto delle volontà da me espresse in questo documento saranno garantite in qualità di rappresentate fiduciario da:

Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
in via/piazza _____ n. _____ CAP _____
telefono _____ cellulare _____
email _____
codice fiscale _____
documento di identità _____

Qualora questi fosse impossibilitato ad esercitare questa funzione, delego a sostituire il primo fiduciario:

Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____

in via/piazza _____ n. _____ CAP _____
telefono _____ cellulare _____
email _____
codice fiscale _____
documento di identità _____

**Le presenti volontà potranno essere da me revocate
o modificate in qualsiasi momento con successiva dichiarazione**

Ai fini dell'iscrizione nella banca dati nazionale delle DAT, la persona disponente:

- acconsente**
 non acconsente

che la copia digitale della disposizione venga inviata al Ministero della Salute, ed indica di seguito il proprio recapito di posta elettronica, autorizzando così il Ministero della Salute all'invio delle previste comunicazioni:

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e del GDPR 2016/679, dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma del/la disponente
(per conoscenza e accettazione)

I Fiduciari
(per accettazione nomina)

