

Direttive anticipate del paziente

Dati personali

Cognome	Nome	Data di nascita
Indirizzo	NPA/ Località	

Redigo le presenti direttive anticipate da utilizzare nel caso dovessi perdere la capacità di discernimento (incapacità di comprendere o comunicare la mia volontà rispetto a quali misure mediche adottare o meno).

Rappresentante per le decisioni mediche (facoltativo)

Nomino mio rappresentante la seguente persona:

Cognome	Nome	Data di nascita
Legame o relazione	Telefono	E-mail

Se perdo la capacità di discernimento autorizzo questa persona (che ho informato e ha dato il suo accordo), a esprimere quella che ritiene sarebbe stata la mia volontà nei confronti dell'équipe curante. Questa persona può essere informata sulle mie condizioni (libero i curanti dal segreto medico nei suoi confronti). Al momento di decisioni mediche che non possono venir prese sulla base delle informazioni contenute in queste direttive anticipate, questa persona deve essere consultata se possibile.

Ho discusso le direttive anticipate con il mio rappresentante:

sì no

Medico curante

Cognome	Nome	Telefono
Indirizzo	NPA/ Località	E-mail

Ho discusso le direttive anticipate con il mio medico curante:

sì no

Direttive anticipate

1. In caso di arresto cardiaco:

desidero essere rianimato in ogni caso

desidero essere rianimato unicamente se vi sono buone possibilità di riprendermi bene (ad esempio arresto cardiaco testimoniato da personale medico o dovuto a una causa facilmente ovviabile)

rifiuto una rianimazione

2. In caso di un grave peggioramento del mio stato di salute con incapacità di discernimento prolungata e con alta probabilità che la situazione sia irreversibile desidero che:

vengano attuate tutte le cure ritenute necessarie e sensate dal team curante atte a prolungare la vita

si rinunci a qualsiasi cura che possa prolungare la mia vita, indirizzando le cure unicamente all'ottenimento del mio benessere e controllo della sofferenza

3. In caso di grave compromissione del mio stato di salute con alta probabilità di morire o rimanere in modo permanente senza capacità di discernimento desidero che:

le cure siano indirizzate in primo luogo a controllare i miei sintomi e la mia sofferenza (dolore, mancanza d'aria, paura, nausea) anche se questo riduce ulteriormente il mio stato di coscienza

le cure somministrate non riducano il mio stato di coscienza per permettermi di comunicare con i miei cari a fronte di un minor controllo della sofferenza

4. Donazione di organi

acconsento al prelievo di qualsiasi organo ritenuto utile da team curante

acconsento al prelievo di tutti gli organi tranne:

rifiuto il prelievo di organi

Luogo, data

Firma

Con la mia firma acconsento all'invio di questo documento al team curante se il mio medico lo ritenesse necessario

Una copia di queste DA è depositata

presso il mio medico curante

a casa mia, per la precisione:

eventuali terze persone:

Aggiornamento

Le Disposizioni del paziente sono ancora conformi alla mia volontà.
Lo confermo apponendo nuovamente la mia firma.

Luogo, data

Firma

Luogo, data

Firma

Osservazioni

Avvertenze

Conservi le sue direttive anticipate in modo che possano essere rapidamente trovate se necessario, lasciandone una copia al suo medico di famiglia e/o ai suoi cari. Può modificare o revocare le sue direttive anticipate in qualsiasi momento (si assicuri in caso di revoca o modifica di informare chi è in possesso di copie delle direttive anticipate). Le direttive anticipate resteranno valide fino a revoca o modifica.