

# FORMULARIO PER LE DIRETTIVE ANTICIPATE DI FINE VITA

## DIRETTIVE ANTICIPATE PER I TRATTAMENTI SANITARI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessitassi di cure mediche e mi trovassi in situazione di perdita della capacità di decidere o di impossibilità di comunicare, temporaneamente o permanentemente le mie decisioni ai medici.

Dispongo che i trattamenti:

1.  **SIANO** iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.  
 **NON SIANO** iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero.
2.  **SIANO** iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.  
 **NON SIANO** iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.

Qualora io avessi una malattia allo stadio 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 permanente incoscienza (stato vegetativo permanente) che secondo i medici sia irreversibile dispongo che:

1.  **SIANO** intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.  
 **NON SIANO** intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita.
2.  **SIA**, in caso di arresto cardiorespiratorio nelle situazioni sopra descritte, praticata su di me rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.  
 **NON SIA**, in caso di arresto cardiorespiratorio nelle situazioni sopra descritte, praticata su di me rianimazione cardiopolmonare se ritenuta possibile dai curanti.
3.  **VOGLIO** che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.  
 **NON VOGLIO** che mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
4.  **VOGLIO** essere nutrito artificialmente.  
 **NON VOGLIO** essere nutrito artificialmente.

5.  **VOGLIO** essere idratato artificialmente.  
 **NON VOGLIO** essere idratato artificialmente.
6.  **VOGLIO** essere dializzato.  
 **NON VOGLIO** essere dializzato.
7.  **VOGLIO** che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.  
 **NON VOGLIO** che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza.
8.  **VOGLIO** che mi siano praticate trasfusioni di sangue.  
 **NON VOGLIO** che mi siano praticate trasfusioni di sangue.
9.  **VOGLIO** che mi siano somministrate terapie antibiotiche.  
 **NON VOGLIO** che mi siano somministrate terapie antibiotiche.

#### ALTRE DIRETTIVE

(lo spazio che segue puo essere utilizzato per fornire altre indicazioni non contemplate nel formulario o definibili solo in modalita discorsiva, quali ad es. il desiderio o meno di assistenza religiosa, specificando la confessione, oppure indicazioni generali che siano di ausilio all'ottemperanza delle direttive stesse)

---

---

---

---

#### NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io perdessi la capacita di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volont  esprese nella presente carta:

il/la signor/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

il quale sottoscrive per accettazione dell'incarico

---

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario, per morte, incapacit  o sopravvenuta rinuncia, sia nell'impossibilit  di esercitare la sua funzione delege a sostituirlo:

il/la signor/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

il quale sottoscrive per accettazione dell'incarico

---

## DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

1.  **AUTORIZZO** la donazione dei miei organi per trapianti.  
 **NON AUTORIZZO** la donazione dei miei organi per trapianti.
  
2.  **AUTORIZZO** la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.  
 **NON AUTORIZZO** la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici.
  
3. Dispongo che il mio corpo sia  
 **INUMATO.**  
 **CREMATO.**
  
4.  **DESIDERO** un funerale religioso secondo la confessione di fede da me professata.  
 **NON DESIDERO** un funerale religioso secondo la confessione di fede da me professata.

DATA

IN FEDE

---

---

(da firmare davanti all'avvocato)

Ai sensi dell'art. 13 D. lgs. 196/03 dichiaro di prestare il consenso al trattamento dei dati personali al fine dell'attività espletata nel mio interesse.

---

(da firmare davanti all'avvocato)