

TESTAMENTO BIOLOGICO

(DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI)

Io sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

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

1. ☐ Non voglio ☐ Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile
2. 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 signor _____

_____ nato/a il _____ a _____ prov. _____

_____ residente a _____ prov. _____

_____ indirizzo _____

3. ☐ Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie
4. ☐ 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:

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 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 continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero
3. ☐ 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 l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) considerata irreversibile dai medici dispongo che:

1. ☐ Siano ☐ 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. ☐ 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 o nutrito 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 signor

nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ n. tel _____

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

nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ n. tel _____

In fede,

Data: _____

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del decreto legislativo 196/2003.

In fede,

Data: _____