

Direttive anticipate/ Disposizione ultime volontà**1 DATI ANAGRAFICI****1.1 DATI ANAGRAFICI RESIDENTE:**

Cognome: Nome:

Data di nascita: Medico curante:

1.2 DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DIRITTO DI RAPPRESENTANZA

Ho conferito mandato alla persona di fiducia sottoindicata di rappresentare la mia volontà in merito ai trattamenti medici e di cura come espressi qui di seguito (Punto 2 e Punto 3):

Cognome: Nome:

Data di nascita: Residente/NAP:

Via/N°

Telefono: E-mail:

Nel caso in cui il Signor/ la Signora non potesse rappresentarmi a causa d'assenza, malattia, incapacità di discernimento o altro, conferisco mandato per gli stessi impegni alla persona di fiducia qui indicata:

Cognome: Nome:

Data di nascita: Residente/NAP:

Via/N°

Telefono: E-mail:

La Persona con diritto di Rappresentanza, quindi:

- Può essere informato sul mio stato di salute e sulla prognosi in merito al decorso della malattia
- Può essere coinvolta nelle decisioni in merito al trattamento medico/farmacologico e all'assistenza
- Può approvare e/o respingere in mia vece le cure mediche previste

1.3 DATI ANAGRAFICI DEL MEDICO CURANTE

Cognome: Nome:

Telefono: E-mail:

Ionel pieno possesso delle mie facoltà mentali esprimo qui di seguito le mie volontà da applicare nel caso in cui non fossi più in grado di decidere autonomamente o di comunicare le mie decisioni. (art.372 cpv.2CC)

2- PER IL CASO DI UNA DIAGNOSI DI UN DANNO PERMANENTE E GRAVE, IN SEGUITO A MALATTIA O INFORTUNIO E INCAPACITA' DI DISCERNIMENTO, DESIDERO VENGA FATTO QUANTO SEGUE:

2.1- DOLORI

Desidero che i dolori vengano trattati secondo le conoscenze delle cure palliative.

Per cure palliative si intende il trattamento e complessivamente l'assistenza di persone affette da una malattia progressiva cronica o incurabile tenuto conto delle esigenze mediche, sociali, psicologiche e spirituali della persona. Particolare importanza viene data all'alleviamento del dolore e di altri gravi sintomi quali le difficoltà respiratorie e nausea, allo scopo di raggiungere una buona qualità di vita (anche per via endovenosa e/o sottocutanea)

2.2- DISPNEA

Desidero ricevere aiuto alla respirazione ➔ Solamente con mascherina per ossigeno terapia
 Anche con intubazione e/o tracheotomia

NON desidero che la mia respirazione sia sostenuta da apparecchi per cui rifiuto intubazione e/o tracheotomia

2.3- ALIMENTAZIONE - IDRATAZIONE

Accetto **Rifiuto** la nutrizione mediante una Sonda Gastrica introdotta nel naso

Accetto **Rifiuto** la nutrizione mediante una Sonda Gastrica introdotta nello stomaco (PEG)

Accetto infusioni al fine di essere idratato

Accetto infusioni solo per la somministrazione di medicinali per alleviare i dolori

2.4- RIANIMAZIONE

In caso di arresto Cardiaco e/o Respiratorio desidero che:

Mi venga eseguita una rianimazione

Anche dopo una rianimazione andata a buon fine i danni che rimangono (in particolare quelli cerebrali, a causa del ridotto apporto di ossigeno) aumentano in rapporto con l'età dei pazienti e della gravità delle loro condizioni generali.

NON venga eseguita nessuna manovra di rianimazione

2.5- ALTRI DESIDERI

3- ESTENSIONI DELLE DIRETTIVE DEL RESIDENTE in caso di DECESSO

--Desidero donare il corpo ad un Istituto di Anatomia e/o ricerca

- NO
- SI *(se si risponde di SI compilare la parte sottostante)*

Ho compilato a tal proposito il modulo “**Disposizioni testamentarie di donazione del proprio corpo**” presso la seguente Università:

Nome:.....

Indirizzo:

Data della compilazione:

--Desidero donare gli organi

- NO
- SI *(se si risponde di SI compilare la parte sottostante)*

Organi da donare:

.....

Accordo preso con:

.....

In data:

--Desidero ricevere un accompagnamento religioso/spirituale secondo la mia religione o

il mio credo: SI NO

--Desidero che il mio corpo venga: Sepolto Tumulato Cremato

--Impresa di Pompe Funebri incaricata:

3.1- ALTRI DESIDERI

.....
.....
.....

Luogo, data Firma del Residente

Firma del/dei Rappresentanti Terapeutici (per presa visione):

Luogo, data

Luogo, data

Firma del Medico Curante (per presa visione)

:
Luogo, data

