

Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT

Io sottoscritto _____

Nato/a _____

Residente a _____

Codice fiscale _____

Documento di Identità _____

PEC: _____

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.

Le presenti volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva/e dichiarazione/i.

Consenso informato

☐ Voglio ☐ Non Voglio

Essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie

☐ Voglio ☐ Non Voglio

Essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile.

Autorizzo i medici curanti, nel caso io non possa più esprimere un consenso, ad informare, oltre al fiduciario, le seguenti persone:

DISPOSIZIONI GENERALI

Consapevole delle conseguenze a cui questa mia scelta potrebbe condurre dispongo che, in caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare le mie decisioni ai medici, siano seguite le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari:

Dispongo che i trattamenti:

- ☐ 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 (siano sospesi) se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero
- ☐ 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 (siano sospesi) se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero
- ☐ 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 (siano sospesi) 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

Dispongo altresì che i seguenti trattamenti

- ☐ Rianimazione cardiopolmonare
- ☐ Ventilazione polmonare
- ☐ Dialisi
- ☐ Chirurgia d'urgenza
- ☐ Trasfusioni di sangue
- ☐ Alimentazione artificiale
- ☐ Idratazione artificiale

• Siano intrapresi o proseguiti • NON siano intrapresi o proseguiti

- ☐ se il loro risultato fosse il mantenimento di uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero.
- ☐ se il loro risultato fosse il mantenimento di uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.
- ☐ se il loro risultato fosse il mantenimento di uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente o per iscritto, anche attraverso l'ausilio di mezzi tecnologici.

ULTERIORI DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Se 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 grave (grave perdita di memoria, incapacità a dare giudizi, nessuna attività indipendente)
- ☐ 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 non sia praticata su di me la rianimazione cardiopolmonare.
- ☐ che non mi siano praticate forme di respirazione meccanica.
- ☐ di non essere nutrito artificialmente.
- ☐ di non essere idratato artificialmente.
- ☐ di non essere sottoposto a dialisi.
- ☐ di non essere sottoposto ad interventi di chirurgia d'urgenza.
- ☐ di non ricevere trasfusioni di sangue.
- ☐ che non sia eseguito alcun ulteriore accertamento diagnostico, una volta accertata la mia condizione
- ☐ che venga disattivato, qualora presente, il defibrillatore cardiaco impiantabile

DISPONGO inoltre che

- ☐ mi vengano praticate le cure palliative e la terapia del dolore come previsto dalla Legge 38/2010 e che venga intrapreso qualunque provvedimento mirato ad alleviare il dolore fisico, i suoi effetti psichici e qualsiasi sintomo che produca disagio o sofferenza.
- ☐ si ricorra alla sedazione palliativa profonda continua quando giustificata dalla refrattarietà dei sintomi ad altri trattamenti analgesici e palliativi.

Altre disposizioni particolari _____

Resta inteso che l'eventuale messa in atto dei sopra indicati trattamenti è subordinata alla valutazione clinica della loro appropriatezza in relazione alle mie condizioni, che possono essere diverse da quelle strettamente previste quando ho sottoscritto le DAT, che possono altresì essere affrontate con l'aiuto di nuove forme di cura che non erano validate quando ho sottoscritto le DAT.

Resta sempre essenziale l'accordo tra il medico curante e il mio fiduciario; in caso contrario si farà ricorso al giudice tutelare.

NOMINA DEL FIDUCIARIO

La legge prevede la possibilità (ma non l'obbligo) di nominare un fiduciario che sostituisca il disponente divenuto incapace nei rapporti con i medici e la struttura sanitaria, eventualmente consentendo di disattenderle, di concerto con il medico, solo nel caso in cui appaiano palesemente incongrue, non siano corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente o siano sopravvenute terapie non prevedibili alla data di redazione delle DAT.

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 _____
Contatti: _____

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 _____
Contatti: _____

Le suddette Disposizioni verranno depositate presso:

- ☐ _____
- ☐ _____

Consenso all'invio di copia della DAT alla banca dati nazionale

- ☐ Il disponente PRESTA il consenso

Consenso alla notifica tramite email dell'avvenuta registrazione nella banca dati nazionale DAT

- ☐ Il disponente PRESTA il consenso

Email del disponente: _____

Consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti previsti ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003.

- ☐ Il disponente PRESTA il consenso

ASSISTENZA RELIGIOSA/SPIRITUALE

- ☐ Desidero l'assistenza religiosa confessionale, confessione religiosa: _____

- ☐ Non desidero l'assistenza religiosa confessionale

- ☐ Desidero l'assistenza spirituale

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

- ☐ Non Autorizzo ☐ Autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti

- ☐ Non Autorizzo ☐ Autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici

DISPOSIZIONI PER LA CERIMONIA FUNEBRE

Altre disposizioni particolari

Questo atto viene redatto in data _____

Firma del disponente _____

Questo atto viene sottoscritto in data _____

Firma del primo fiduciario _____

Questo atto viene sottoscritto in data _____

Firma del secondo fiduciario _____