

## Direttive anticipate

### 1- DATI ANAGRAFICI:

Cognome: ..... Nome: ..... Data di nascita: .....

Medico curante: ..... Redatto da: .....

Persona con diritto di rappresentanza: .....

Può essere informato sul mio stato di salute e sulla prognosi in merito alle 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

Nessuna persona con diritto di rappresentanza designata



Ospedale preferenziale in caso di ricovero: .....

### 2- 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)*

### 3- 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

### 4- 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

### 5- 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

**6- DISPOSIZIONI 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 che il mio corpo venga:**

Sepolto       Tumulato       Cremato

**--Desiderio una funzione religiosa:**       SI       NO

**--Impresa di Pompe Funebri incaricata:** .....

**7- ALTRI DESIDERI**

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

*Luogo e data* .....

*Firma della persona o del suo rappresentante legale:*.....

*(Queste disposizioni possono essere cambiate in qualsiasi momento ed hanno una validità di due anni dalla data di compilazione, in seguito vanno rinnovate o modificate)*