

Direttive anticipate

1- DATI ANAGRAFICI:

Cognome: Nome:

Data di nascita: Medico curante:

Redatto da: Il Residente stesso Un rappresentante → in presenza del suddetto Residente
 in accordo con le decisioni del Residente

Nome della persona con diritto di rappresentanza:

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

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

Firme del Residente e/o del/dei rappresentante/i :

.....

(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)

Rinnovi:

Data.....	Firme.....
Data.....	Firme.....
Data.....	Firme.....
Data.....	Firme.....