Comune di Vado Ligure

TESTAMENTO BIOLOGICO
(DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI)

Art. 4 Legge 22 dicembre 2017, n. 219

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 alledecisioni 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 leterapie 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 decisioniai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari.
Disposizioni che perderanno di validità se, ripresa la piena coscienza, decidessi di annullarle osostituirle.
Dispongo che i trattamenti:

1. ❒ Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato diincoscienza permanente non suscettibile di recupero
   ❒ Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienzapermanente e senza possibilità di recupero
2. ❒ Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzatanon suscettibile di recupero
   ❒ Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzatasenza possibilità di recupero
3. ❒ Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisicon 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 conincapacità 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 (comel'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, ai sensi della legge 219/2017 la signora/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 la signora/il signor:

_____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ n. tel _____

Conferisce al fiduciario, in caso di propria incapacità, il potere di rappresentarlo in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente dal presente atto, nonché procura per promuovere ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da lui espressa, con facoltà, ove necessario, di sollevare, nei relativi giudizi, eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto

Data: _____ In fede_____

Per accettazione (firma fiduciari):

_____ _____

(primo fiduciario) *(secondo fiduciario)*