

DISPOSIZIONI GENERALI

L'art. 4 della legge 219/2017 permette, ad ogni persona maggiorenne, capace di intendere e di volere, attraverso la compilazione delle DAT di "esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari" e di indicare altresì una persona di propria fiducia, "di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie".

Pertanto sulla base della richiamata disposizione di legge compilo la DAT/BIOCARD di seguito descritta.

Io sottoscritto/a
.....
nato/a Prov.
..... il..... residente
in
CAP Prov.....
Via/Piazza n. Codice
Fiscale
Carta di Identità n.
rilasciata da in
data con
scadenza il

Nel pieno delle mie facoltà mentali, della mia capacità decisionale e di libera scelta, consapevole che potrebbe accadermi in futuro di perdere la capacità di decidere e di comunicare le mie volontà (decisioni), poiché voglio esercitare comunque il mio diritto di scelta con il presente documento, formulo sin da ora le seguenti

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

da valersi per il momento in cui non sarò più in grado di esprimere la mia volontà né sarà prevedibile che io possa recuperare la mia capacità di autodeterminarmi. Queste disposizioni hanno effetto vincolante nei confronti di tutti, nessuno escluso, ivi intesi anche i miei familiari, i medici curanti e tutti coloro che sono e saranno coinvolti nella mia assistenza, così come sancito anche dalla L. 219/2017.

A tal fine, dopo aver ricevuto ampia e dettagliata informazione sulle conseguenze delle mie scelte dal medico di mia fiducia, dr.

.....
In data

DISPONGO

quanto segue in ordine ai trattamenti sanitari e alle scelte da assumere:

Dispongo che i curanti, (all'Art. 1 legge 219/17) in ordine alle informazioni da fornire sulle mie condizioni di salute, sulla diagnosi, sulla prognosi, sui benefici e i rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia:

- Non informino alcuna persona e diano applicazione alle sottoscritte DAT
- Informino il Fiduciario (art 4 legge 219/2017)
.....
- Informino il Rappresentante sanitario (legge Unioni civili n.76/2016)
- Informino le seguenti persone:
 - I. Convivente
 - II.....
 - III.
 - IV.....

DISPOSIZIONI IN ORDINE AL CONSENSO O RIFIUTO DEI TRATTAMENTI SANITARI

- A. In attuale buona salute e in previsione di una mia futura condizione di incapacità di intendere e volere (di cui, secondo le conoscenze scientifiche del momento, non sarà prevedibile la reversibilità), desidero esprimere il consenso/rifiuto dei trattamenti sanitari che si dovessero rendere necessari nel momento in cui non sarò più in grado di autodeterminarmi.
- B. Consapevole che le mie attuali condizioni patologiche potrebbero condurmi in una condizione di incapacità di intendere e volere (di cui, secondo le conoscenze scientifiche del momento, non è prevedibile la reversibilità), e altrettanto consapevole che l'evoluzione di tale condizione mi porterà inevitabilmente a morte, laddove non corretta.

DISPONGO DI RIFIUTARE:

- tutti gli interventi terapeutici che la pratica clinica metta a disposizione e desidero mi sia assicurata la terapia del dolore e, infine, la sedazione palliativa profonda continua
- rianimazione cardio-polmonare

- ventilazione polmonare assistita
- nutrizione/idratazione artificiale
- dialisi
- chirurgia d'urgenza
- chemioterapia e/o trattamenti radio-terapici
- trasfusioni di sangue
- terapia antibiotica
- altro

DISPONGO CHE I SEGUENTI INTERVENTI

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

- non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il prolungamento del mio morire
- non siano iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mio mantenimento in uno stato di incoscienza prolungato e privo di ragionevoli possibilità di recupero.

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

DISPONGO CHE:

- siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze fisiche e/o psichiche con l'uso di farmaci anche praticati attraverso qualsiasi via di somministrazione;
- mi sia praticata la sedazione palliativa profonda continua quando le mie sofferenze non saranno altrimenti dominabili;
- altre disposizioni personali:

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

**DISPOSIZIONI RIGUARDANTI L'ASSISTENZA
RELIGIOSA E POST-MORTEM**

DESIDERO L'ASSISTENZA RELIGIOSA DI CONFESSIONE:

- sì (specificare quale:))
- no

DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE:

- dispongo di donare i miei organi e miei tessuti a scopo di trapianto
- dispongo di donare il mio corpo a scopi scientifici o didattici

DESIDERO UN FUNERALE:

- laico
- religioso

DISPONGO CHE IL MIO CORPO SIA:

- inumato
- cremato

NOMINA DEL FIDUCIARIO

Consapevole del fatto che le disposizioni suddette riguardano situazioni complesse, non prevedibili in anticipo, e in cui non sempre è agevole per i curanti esprimere una chiara valutazione del rapporto tra sofferenza e benefici di ogni singolo atto medico, in forza di quanto sancito dall' art. 4, L. 219/2017 e in previsione di una mia futura incapacità di autodeterminarmi con il presente atto

NOMINO

mio fiduciario:
Il/La Sig./Sig.ra
.....,
nata/o a
il, residente in
Via, n.
Codice Fiscale:
recapito telefonico
indirizzo email

Che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente Carta, assumendo altresì l'incarico di rappresentarmi nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie e di sostituirsi a me per tutte le decisioni non contemplate sopra, qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, il tutto nei comunque nei limiti di cui alla L. 219/17.

Nel caso che il Fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione o rinunci in un momento successivo alla sottoscrizione del presente atto, nomino sin da ora in sua sostituzione:

.....
.....

I Fiduciari accettano

Questo atto avviene il
in presenza del/la Sig.ra

.....
che attesta la veridicità della presente dichiarazione e testimonia che i Sigg.ri sopra indicati hanno accettato la delega.

Firma del sottoscrittore.

.....

Firma del primo fiduciario

.....

Firma del secondo fiduciario

.....