

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Nome:

Cognome:

Luogo di nascita:

Data di nascita:

Indirizzo di residenza:

Estremi documento di identità:

Sulla base dei miei profondi convincimenti personali, nonché delle informazioni da me acquisite, anche attraverso il mio medico di riferimento, dichiaro quanto segue.

Nel caso di grave danno cerebrale comunque determinatosi che non comporti la morte, ma la perdita della coscienza senza una ragionevole possibilità di recupero, valutata dai medici curanti sulla base dello stato delle più avanzate conoscenze scientifiche, formulo le seguenti disposizioni riguardo alle strategie terapeutiche da attuare. Tali disposizioni perderanno di validità in qualsiasi momento in cui decidessi di revocarle o modificarle in qualsiasi modo, anche verbalmente di fronte ai sanitari che mi avranno in cura.

Dispongo che le strategie terapeutiche miranti al mantenimento di attività vegetative assistite

- a **siano iniziate e continuate** anche se il loro risultato fosse il mantenimento di uno stato di incoscienza permanente senza ragionevole possibilità di recupero.
- b **siano iniziate ma non continuate** a partire dal momento in cui il risultato previsto dai medici curanti fosse il mantenimento di uno stato di incoscienza permanente senza ragionevole possibilità di recupero.

Dichiaro altresì

- a che sono favorevole a che, una volta accertata la mia morte, i miei organi e tessuti siano donati a scopo di trapianto.
- b che non sono favorevole a che, una volta accertata la mia morte, i miei organi e tessuti siano donati a scopo di trapianto.

Dispongo infine che le presenti dichiarazioni, nel caso di grave danno cerebrale che comporti la mia perdita di coscienza, siano consegnate alle seguenti persone a loro richiesta affinché le portino a conoscenza dei medici che mi hanno in cura:

- 1 il mio medico di riferimento: Dott.
- 2 il responsabile della struttura che mi ha in cura
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Firma _____