



MODULO DAT



Disposizioni Anticipate di Trattamento

ATTENZIONE Compilare in stampatello a mano: è importante che i dati siano ben leggibili, compresa la firma finale.

Ogni pagina deve essere siglata dal disponente.

In caso si compili al computer e si sia impossibilitati a firmare, occorre che le DAT siano autenticate da un notaio.

IO SOTTOSCRITTO/A

Nome _____

Cognome _____

Luogo di nascita _____

Provincia _____ Stato _____

Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Residenza (Città) _____

CAP _____ (Prov. _____)

in (Via/Piazza) _____

Domicilio (se diverso dalla residenza)

RECAPITI

 Mobile

Altri numeri

Mail _____

Mail _____

Sigla





MODULO DAT



Disposizioni Anticipate di Trattamento

DOCUMENTO DI IDENTITA'

Carta di Identità Passaporto

N. _____

Ente Rilasciante _____

Data di rilascio _____ Data Scadenza _____

NEL PIENO DELLE MIE FACOLTA' DI INTENDERE E VOLERE SOTTOSCRIVO LE SEGUENTI DISPOSIZIONI DI ORDINE GENERALE IN RELAZIONE AGLI INTERVENTI SANITARI, DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI.

QUALORA DIVENISSI AFFETTO DA ALMENO UNA DELLE SEGUENTI MALATTIE O SITUAZIONI CLINICHE GIUDICATE DAL MEDICO CURANTE QUALI "IRREVERSIBILI":

- lesione/i cerebrale/i invalidante in modo permanente

- stato di permanente incoscienza (coma o stato vegetativo permanente)

- malattia inguaribile in fase avanzata, evolutiva e terminale e che necessiti l'utilizzo permanente di dispositivi per:

- qualsiasi tipo di respirazione e ventilazione artificiale,
- vicariare la funzione renale (dialisi),
- garantire il supporto cardiaco,
- l'alimentazione e la somministrazione di liquidi,

DISPONGO CHE

1. IN RIFERIMENTO AI TRATTAMENTI CONTRO IL DOLORE E GLI ALTRI SINTOMI E I SEGNI CAUSA DI SOFFERENZA NEL CORSO DELLA/E MALATTIA/E E/O DELLE SITUAZIONI CLINICHE PRECEDENTEMENTE DESCRITTE
APPORRE UNA CROCETTA SUL QUADRATINO PER LA SCELTA

- Siano intrapresi** tutti i provvedimenti sanitari ed assistenziali volti ad alleviare le mie sofferenze, in particolare l'utilizzo dei farmaci oppiacei e di farmaci in grado di garantire la sedazione palliativa in caso di sintomi giudicati "refrattari" a tutte le altre terapie
- Non sia intrapreso** alcun provvedimento sanitario ed assistenziale volto ad alleviare le mie sofferenze, in particolare l'utilizzo dei farmaci oppiacei e di farmaci in grado di garantire la sedazione palliativa in caso di sintomi giudicati "refrattari" a tutte le altre terapie





MODULO DAT



Disposizioni Anticipate di Trattamento

2. IN CASO DI ARRESTO CARDIO-RESPIRATORIO DURANTE LA/E MALATTIA/E E/O LE CONDIZIONI CLINICHE PRECEDENTEMENTE DESCRITTE
APPORRE UNA CROCETTA SUL QUADRATINO PER LA SCELTA

- Sia praticata** su di me la rianimazione cardiopolmonare, di qualsiasi livello e complessità in caso di arresto cardio-respiratorio, se ritenuta possibile dal curante.
- Non sia praticata** su di me la rianimazione cardiopolmonare di qualsiasi livello e complessità, in caso di arresto cardio-respiratorio, anche se ritenuta tecnicamente possibile dal curante.

3. IN RIFERIMENTO ALL'UTILIZZO DI STRUMENTAZIONI SANITARIE, DELLA IDRATAZIONE E DELLA ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE E DI TERAPIE PARTICOLARI DURANTE LA/LE MALATTIA/E E/O LE SITUAZIONI CLINICHE PRECEDENTEMENTE DESCRITTE
APPORRE UNA CROCETTA SUL QUADRATINO PER LA SCELTA

- Voglio** che mi siano praticate forme di ventilazione meccanica
- Non voglio** che mi siano praticate forme di ventilazione meccanica

- Voglio** essere idratato artificialmente
- Non voglio** essere idratato artificialmente

- Voglio** essere nutrito artificialmente
- Non voglio** essere nutrito artificialmente

- Voglio** essere sottoposto a tracheotomia
- Non voglio** essere sottoposto a tracheotomia

- Voglio** essere sottoposto a dialisi, secondo la modalità proposta dai medici curanti.
- Non voglio** essere sottoposto a dialisi di qualsiasi modalità e tipo

- Voglio** che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza
- Non voglio** che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza

- Voglio** che mi siano praticate trasfusioni di sangue e/o di emoderivati
- Non voglio** che mi siano praticate trasfusioni di sangue e/o di emoderivati





MODULO DAT



Disposizioni Anticipate di Trattamento

- Voglio** che mi siano somministrate terapie antibiotiche
- Non voglio** che mi siano somministrate terapie antibiotiche

- Voglio** che mi sia fornito e/o continuato l'utilizzo di strumentazioni per il supporto cardio-circolatorio, compreso il defibrillatore totalmente impiantabile
- Non voglio** mi siano fornito e/o garantito l'utilizzo di strumentazioni per il supporto cardio-circolatorio, compreso il defibrillatore totalmente impiantabile

4. NEL CASO MI TROVASSI IN ALMENO UNA DELLE SITUAZIONI, DI SEGUITO ELENcate, SOTTOSCRIVO LE SEGUENTI DISPOSIZIONI PARTICOLARI IN RIFERIMENTO AGLI INTERVENTI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI APPORRE UNA CROcETTA SUL QUADRATINO PER LA SCELTA

a. STATO DI INCOSCENZA

- Siano effettuati**, iniziati e/o continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero.
- Non siano effettuati**, iniziati e/o continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero.

b. STATO DI DEMENZA

- Siano effettuati**, iniziati e/o continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero.
- Non siano effettuati**, iniziati e/o continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero.

c. INCAPACITA' TOTALE ALLA COMUNICAZIONE

- Siano effettuati**, iniziati e/o continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato caratterizzato da incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.
- Non siano effettuati**, iniziati e/o continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato caratterizzato dalla incapacità totale di comunicare verbalmente, per iscritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici.





MODULO DAT



Disposizioni Anticipate di Trattamento

d. ALTRE SITUAZIONI:

(DA SPECIFICARE PER ESTESO)

Siano iniziati e/o continuati (da compilare)

Non siano iniziati e/o continuati (da compilare)

DISPONGO INOLTRE CHE

QUALORA NON FOSSI PIU' IN GRADO DI INTENDERE E DI VOLERE, QUALSIASI NE FOSSE LA CAUSA, IN RIFERIMENTO AGLI INTERVENTI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI, (Spazio NON OBBLIGATORIO a scrittura libera a disposizione del dichiarante)

In fede _____

Luogo e data _____

In base a quanto stabilito dalla Legge n. 219/2017 art. 4, **nomino di seguito la/le persona/e di mia fiducia, di seguito denominata/e "fiduciario"**, che faccia le mie veci e mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie in previsione di una eventuale mia incapacità di autodeterminazione.

Fiduciario 1 - NOMINATIVO COME SCRITTO SU DOCUMENTO IDENTITA'

Fiduciario 2 - NOMINATIVO COME SCRITTO SU DOCUMENTO IDENTITA'

Sigla





MODULO DAT



Disposizioni Anticipate di Trattamento Nomina del FIDUCIARIO 1

DATI DEL FIDUCIARIO 1

Nome _____

Cognome _____

Luogo di nascita _____

Provincia _____ Stato _____

Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

RECAPITI

 Mobile

Mail _____

DOCUMENTO DI IDENTITA'

Carta di Identità Passaporto

N. _____

Ente Rilasciante _____

Data di rilascio _____ Data Scadenza _____

Accetto la nomina di fiduciario

In fede _____

Dichiaro di aver ricevuto copia delle DAT del signor/della signora

In fede _____

Luogo e data _____

Sigla





MODULO DAT



Disposizioni Anticipate di Trattamento Nomina del FIDUCIARIO 2

DATI DEL FIDUCIARIO 2

Nome _____

Cognome _____

Luogo di nascita _____

Provincia _____ Stato _____

Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

RECAPITI

 Mobile

Mail _____

DOCUMENTO DI IDENTITA'

Carta di Identità Passaporto

N. _____

Ente Rilasciante _____

Data di rilascio _____ Data Scadenza _____

Accetto la nomina di fiduciario

In fede _____

Dichiaro di aver ricevuto copia delle DAT del signor/della signora

In fede _____

Luogo e data _____

Sigla





MODULO DAT



Disposizioni Anticipate di Trattamento

DISPOSIZIONI RIGUARDANTI L'ASSISTENZA RELIGIOSA E POST-MORTEM

APPORRE UNA CROCETTA SUL QUADRATINO PER LA SCELTA

Desidero l'assistenza religiosa:

- SI
- NO

Confessione: _____

Desidero un funerale:

- laico
- religioso
- non desidero una cerimonia funebre

Disposizioni dopo la morte:

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

Dispongo che il mio corpo sia:

- inumato
- cremato
- altro. Specificare:

In fede _____

Luogo e data _____



Sigla