

## **Disposizioni Anticipate Di Trattamento**

Il sottoscritto, ..., nato il ... a ... (...), residente in via ... , n. ..., CAP ..., telefono abitazione, ... , cellulare ..., e-mail ...

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, oggi, 02/02/2018 nomino quale rappresentante fiduciario mia moglie, dott.ssa ... e, in alternativa, mia figlia, dott.ssa ..., al fine di far rispettare le seguenti disposizioni anticipate di trattamento:

premesso che voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche in caso da malattia grave e non guaribile,

- 1) in caso di deterioramento cognitivo tale da non essere più in grado di valutare e decidere in prima persona le scelte opportune, accetto le terapie indicate ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei), anche se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita, e la terapia antibiotica, rifiuto provvedimenti destinati ad allungare artificialmente la mia vita, quali dialisi, tracheostomia, ventilazione meccanica, PEG, sondino naso-gastrico, trasfusioni ematiche, rianimazione cardio-polmonare;
- 2) a maggior ragione, in caso di stato permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo da oltre tre mesi) da lesione cerebrale o malattia allo stadio terminale, rifiuto qualsiasi tipo di terapia, compresa quella antibiotica, l'alimentazione e l'idratazione artificiali, oltre ai provvedimenti di cui sopra. Posso accettare solo le terapie indicate ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei), anche se il ricorso ad essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita;
- 3) se le condizioni lo consentono, sono favorevole alla donazione dei miei organi, ma non autorizzo la donazione del mio corpo per scopi scientifici o didattici;
- 4) dispongo che il mio corpo sia cremato.

Trento, 02/02/2018

segue firma autenticata in comune e se è possibile deposito/acquisizione di una copia del documento presso il registro comunale delle DAT.