

### Modello 3

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_  
eventuale domicilio \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

#### Dichiaro

di voler esercitare il mio diritto di scelta o di rifiuto delle diverse possibilità di trattamento sanitario attraverso le volontà da me qui espresse anticipatamente.

A tale scopo, nel caso in cui necessiti di cure mediche e mi trovi in situazione di perdita della capacità di decidere o nell'impossibilità di comunicare personalmente le mie decisioni ai medici

qualora sia affetto da una malattia allo stadio terminale oppure da una malattia o lesione cerebrale totalmente invalidante e irreversibile o sia in uno stato di permanente incoscienza (coma o stato vegetativo permanente)

e qualora tale situazione clinica venga considerata dai medici in modo da configurare, secondo quanto statuito dalle linee guida e dai protocolli operativi, il carattere di irreversibilità

#### **dispongo che**

**non vengano intraprese** nei miei confronti misure di prolungamento artificiale della vita se, secondo la migliore scienza e conoscenza medica, è constatato che tali misure possano solamente dilazionare la mia morte.

### In particolare dispongo che

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> siano <input type="checkbox"/> non siano	Iniziati o continuati “provvedimenti di sostegno vitale “ se il loro risultato fosse il prolungamento del mio morire
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> siano <input type="checkbox"/> non siano	Iniziati o continuati “provvedimenti di sostegno vitale “ se il loro risultato fosse il mio mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e privo di possibilità di recupero
<b>3</b>	<input type="checkbox"/> siano <input type="checkbox"/> non siano	Iniziati o continuati “provvedimenti di sostegno vitale “ se il loro risultato fosse il mio mantenimento in uno stato di demenza avanzata, non suscettibile di recupero
<b>4</b>	<input type="checkbox"/> siano <input type="checkbox"/> non siano	Intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l’uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso ad essi dovesse anticipare la fine della mia vita
<b>5</b>	<input type="checkbox"/> sia <input type="checkbox"/> non sia	praticata su di me, in caso di arresto respiratorio, nelle situazioni di cui ai punti 1,2 e 3, la rianimazione cardiopolmonare, se ritenute possibile ai curanti
<b>6</b>	<input type="checkbox"/> sia <input type="checkbox"/> non sia	praticata o proseguita, nelle situazioni di cui ai punti 1,2 e 3 la somministrazione artificiale di acqua e sostanze nutrienti, se ritenuta indicata dai curanti
<b>7</b>	<input type="checkbox"/> siano <input type="checkbox"/> non siano	Iniziate o continuate.....( <i>descrivere eventuali altre personali disposizioni al riguardo</i> )

**Firma**\_\_\_\_\_

(eventuale “Nomina del Fiduciario”)

