

Disposizioni del/della paziente | Versione breve

Formulate da

Cognome, nome _____

Data di nascita _____ Domicilio _____

Nel caso in cui io fossi incapace di discernimento, desidero

- che siano adottate tutte le misure mediche adeguate (compresa la rianimazione) per il trattamento della malattia acuta e affinché io possa riacquistare la capacità di discernimento;
oppure
- non essere rianimato e che non siano effettuate misure di medicina intensiva (in particolare respirazione artificiale);
oppure
- non essere rianimato, ma autorizzo un trattamento in un reparto intensivo.

Qualora dopo una stabilizzazione iniziale delle mie condizioni, risultasse poco probabile che io ritrovi la mia capacità di discernimento e il pericolo di un lungo periodo di cure fosse elevato, desidero che

- vengano protrate tutte le misure per tenermi in vita fino a quando ci sia ancora una speranza che ritrovi la mia capacità di discernimento;
- si rinunci ad altre misure per mantenermi in vita.

In ogni caso, desidero un trattamento efficace dei dolori e di altri sintomi gravosi quali paura, irrequietezza, difficoltà respiratorie e nausea.

- Ho designato come mio rappresentante la persona indicata qui di seguito e l'autorizzo a far valere la mia volontà presso le persone che mi curano. Dispongo che questa persona sia informata sul mio stato e coinvolta nelle decisioni e abbia pertanto accesso alla mia cartella medica; libero espressamente dal segreto medico nei suoi confronti tutti i medici e il personale curante.

Cognome, nome _____

Indirizzo _____ NPA/Località _____

Telefono Priv. _____ Uff. _____ Portatile _____

E-mail _____

Qualora il mio rappresentante non potesse essere contattato o per altri motivi non potesse assumere questo compito, designo la seguente persona come subentrante:

Cognome, nome _____

- Ho discusso con il mio rappresentante le disposizioni del/della paziente.

Cognome, nome del medico curante _____

Indirizzo _____ NPA/Località _____

Telefono Priv. _____ Uff. _____ Portatile _____

E-mail _____

- Ho discusso con il mio medico curante le disposizioni del/della paziente.

Donazione d'organi

- Desidero donare i miei organi e do il mio consenso al prelievo di tutti gli organi, tessuti e cellule dal mio corpo e all'attuazione delle misure mediche preliminari necessarie in vista della donazione di organi. Se a questo scopo fossero necessarie delle misure intensive, do il mio consenso.
- Autorizzo unicamente il prelievo di _____
- Non consento alla donazione d'organi.

Luogo/Data _____ Firma _____

Nota bene: conservi le sue disposizioni del paziente in modo che si possano trovare in caso di necessità. Può depositare una copia presso il suo medico curante. **Non** mandi, per favore, le sue disposizioni del paziente alla FMH/ASSM. Le Direttive ASSM in merito alle disposizioni del paziente si trovano sul sito www.samw.ch e per ulteriori informazioni sul tema disposizioni del paziente si consulti il sito www.fmh.ch > *Disposizioni del paziente*.