

## 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](http://www.samw.ch) e per ulteriori informazioni sul tema disposizioni del paziente si consulti il sito [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) > *Disposizioni del paziente*.