

Testamento biologico

Steso da

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Luogo di residenza:

Il presente testamento biologico è applicabile nelle situazioni seguenti

Redigo il presente testamento biologico dopo matura riflessione, qualora in seguito a malattia o infortunio non fossi più in grado di manifestare la mia volontà. Il testamento biologico andrà applicato:

- in tutte le situazioni in cui fossi incapace di discernimento e si debbano prendere decisioni concernenti le cure mediche, ossia in caso di nuovi episodi acuti, come infarto cardiaco, colpo apoplettico, infortunio, ma anche in caso di malattie a decorso cronico in stadio avanzato;

oppure

Motivazione e scala personale di valori

La seguente descrizione della mia motivazione e della mia scala personale di valori manifesta le mie mature riflessioni e mira a facilitare le decisioni del team responsabile delle cure, qualora vi fossero difficoltà di interpretazione.

La seguente situazione concreta mi ha indotto a redigere il presente testamento biologico:

- Nessuna situazione particolare, ma desidero provvedere qualora divenissi incapace di discernimento.

Con il mio testamento biologico vorrei soprattutto ottenere...

- ... che vengano sfruttate tutte le possibilità mediche per mantenermi in vita. La mia infermità va alleviata il più possibile, ma mi rendo conto che mantenermi in vita come desidero potrebbe comportare dei pesi;

oppure

- ... che le cure mediche servano soprattutto a lenire i dolori. Per me il prolungamento della mia vita a qualsiasi prezzo non è prioritario. Sono consapevole che rinunciando a determinate cure mediche la mia vita potrebbe venire accorciata.

Descrizione con parole proprie della motivazione per la stesura del testamento biologico

La mia situazione attuale:

Il mio atteggiamento nei confronti della vita:

Le mie esperienze, il mio atteggiamento e i miei timori riguardo a malattie e morte:

Cosa intendo per qualità di vita; quali limitazioni/dipendenze avrei difficoltà ad accettare:

Convinzioni personali e/o religiose, da cui mi lascio guidare:

Desidero un'assistenza pastorale e appartengo alla comunità religiosa seguente:

Non desidero alcuna assistenza pastorale.

Spiegazioni riguardanti gli obiettivi terapeutici e determinate misure mediche

Per la stesura del presente testamento biologico mi sono fatto/a consigliare da

medico di famiglia, Dr.:

oppure

- Non desidero esprimere nessun parere definitivo in merito alle singole misure mediche e prego quindi il team responsabile delle cure di agire nel modo il più possibile conforme alla mia volontà.

Desidero specificare i miei desideri riguardo alle situazioni seguenti

Evento acuto inaspettato (p.es. infortunio, colpo apoplettico, infarto cardiaco)

Se in seguito a un evento acuto inaspettato dovessi diventare incapace di discernimento e dopo i primi soccorsi e una valutazione medica accurata apparisse impossibile o improbabile che possa riacquistare la mia capacità di discernimento, chiedo che si rinunci a tutte le misure che comportano solamente un prolungamento della vita e dei dolori.

Sì

No

Cure antidolorifiche e sintomatiche

- Desidero in ogni caso un trattamento efficace contro i dolori e altri sintomi spiacevoli, come ansia, irrequietezza o affanno respiratorio, nausea. A questo riguardo accetto anche un'eventuale obnubilamento della coscienza (sedazione);

oppure

- lo stato di coscienza e la capacità di comunicazione per me sono più importanti che lenire i dolori e gli altri sintomi.

Nutrizione e idratazione artificiali

Acconsento alla nutrizione e all'idratazione artificiali permanenti (mediante sondino gastrico, infusione, inserimento chirurgico di un sondino alimentare).

- Sì
 No

In caso negativo:

Acconsento a una nutrizione e idratazione artificiali temporanee, ossia quando si presume che questo lenisca i miei dolori o che in seguito, eventualmente con un aiuto, io possa di nuovo assumere normalmente cibi e bevande.

- Sì
 No

Rianimazione in caso di arresto cardiocircolatorio e/o arresto respiratorio

Desidero essere rianimato/-a:

- Sì
 No

Osservazioni complementari:

Persona di fiducia/rappresentante per le questioni mediche

- Non ho designato nessuna persona di fiducia.
 Ho designato la persona di fiducia indicata qui di seguito, che autorizzo a far valere le mie volontà nei confronti del team responsabile delle cure. Tale persona deve essere informata sulle mie condizioni e va coinvolta nelle decisioni, ha facoltà di consultare la mia cartella clinica e nei suoi confronti sciolgo dal segreto professionale tutto il personale medico e infermieristico.

Cognome, nome:

Via e n., NPA/località:

Telefono:

Cellulare:

E-mail:

Se la mia persona di fiducia non può essere contattata o se per altri motivi non può svolgere tale funzione, designo come sostituto la persona seguente:

Cognome, nome:

Via e n., NPA/località:

Telefono:

Cellulare:

E-mail:

Ho informato la persona di fiducia riguardo al testamento biologico.

Disposizioni particolari in caso di mio decesso

Donazione di organi

- Desidero donare i miei organi e acconsento al prelievo di qualsiasi organo, tessuto e/o cellule e all'applicazione delle misure mediche necessarie per preparare la donazione di organi.
- Acconsento solo al prelievo di...

Non desidero essere un donatore/una donatrice.

Autopsia

- Acconsento a un'autopsia.
- Non acconsento a un'autopsia.
- Lascio la decisione alla mia persona di fiducia.

Sono stato informato/-a che la stesura di un testamento biologico è facoltativa e che lo posso revocare e modificare in qualsiasi momento, finché sono capace di discernimento.

Luogo/data:

Firma:

Avvertenza: Custodite il vostro testamento biologico in modo che se necessario lo si possa trovare.