



Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Verona



.....
37122 Verona-Via Locatelli, 1 – tel. 0458006112-fax 045594904 – C.F. 80000550238
www.omceovr.it – segreteria@omceovr.it – Pec: segreteria@pec.omceovr.it

MODELLO ESEMPLIFICATIVO PER COME COMPILARE LE DAT

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (LEGGE 219/2017)

N.B. questo modello è un esempio da personalizzare caso per caso e da compilare , dopo aver acquisito le informazioni mediche necessarie, con il supporto di un medico di fiducia

Nome

Cognome

Nato il a Provincia (.....)

Residente in via n.

CAP Città

Documento di identità

Codice fiscale

Recapito telefonico

Indirizzo mail
.....

Testo libero (La compilazione di questa parte di testo libero ha lo scopo di descrivere le proprie convinzioni personali, la propria visione di vita accettabile o inaccettabile in caso di malattia, le proprie preferenze per trattamenti medici da praticare o da non praticare in caso di impossibilità ad esprimere il consenso o dissenso alle cure. La compilazione di questa parte di testo libero non è obbligatoria, ma le indicazioni di tipo generale qui espresse potranno essere utili per interpretare le sue volontà future, anche in situazioni non espressamente previste nelle disposizioni di seguito)

.....

.....

.....
.....
.....
.....

- alla luce delle convinzioni e delle preferenze suddette
- nella mia piena capacità di intendere e volere
- dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche (specificare le modalità)
.....
.....
- nominativo e recapito del professionista/professionisti consultato/i (dati non obbligatori, ma raccomandati per eventuale necessità di contatto)
.....
.....
- in piena libertà di scelta e consapevole delle conseguenze delle mie scelte di seguito indicate
- informato del fatto che queste disposizioni perderanno validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle o modificarle e sostituirle con successivo atto scritto

DISPONGO quanto segue:

DISPOSIZIONI GENERALI:

Qualora venissi a trovarmi nella condizione di perdita completa della capacità di decidere e di esprimere il consenso o il dissenso informato e venissi a trovarmi in una delle seguenti condizioni di malattia:

- **Malattia allo stadio terminale (di qualsiasi origine)**
- **Malattia o lesione neurologica totalmente invalidante con perdita permanente e non suscettibile di recupero della capacità di decidere**

E qualora nelle condizioni suddette mi venissi a trovare in una o più delle condizioni di seguito elencate:

- **Arresto cardio-respiratorio**

(di seguito esponga le sue volontà rispetto ad essere sottoposto o non essere sottoposto a trattamento di rianimazione cardiopolmonare)

.....

.....

- **Insufficienza respiratoria non responsiva a trattamenti medici**

(di seguito esponga le sue volontà in merito ad iniziare o non iniziare trattamenti di ventilazione meccanica invasiva e nel caso fossero già in atto a continuare o non continuare trattamenti di ventilazione meccanica invasiva)

.....

.....

- **Insufficienza cardio-circolatoria**

(di seguito esponga le sue volontà in merito ad iniziare o non iniziare trattamenti di supporto cardiocircolatorio con farmaci o dispositivi strumentali e nel caso fossero già in atto a continuare o non continuare trattamenti di supporto cardiocircolatorio con farmaci o dispositivi strumentali)

.....

.....

- **Impossibilità ad alimentarmi o idratarmi per via naturale**

(di seguito esponga le sue volontà in merito ad iniziare o non iniziare trattamenti di nutrizione ed idratazione artificiale e nel caso fossero già in atto a continuare o non continuare trattamenti di nutrizione ed idratazione artificiale)

.....

.....

- **Insufficienza renale**

(di seguito esponga le sue volontà in merito ad iniziare o non iniziare trattamento di dialisi e nel caso fosse già in atto a continuare o non continuare trattamento di dialisi)

.....

.....

- **Sintomi non rispondenti ai trattamenti (refrattari) che producano gravi sofferenze**

(di seguito esponga le sue volontà in merito ad essere sottoposto o non essere sottoposto a trattamento di sedazione palliativa profonda continua)

.....
.....

ALTRE DISPOSIZIONI PARTICOLARI:

Ad esempio rispetto alla trasfusione di sangue o suoi derivati, oppure per trattamenti per altre condizioni non previste in elenco:

.....
.....
.....

NOMINA DEL FIDUCIARIO

Nomino come mio fiduciario la persona di seguito indicata:

Sig./Sig.ra

Nato/a il a Provincia (.....)

Residente a Provincia (.....)

In via n.

Documento di identità

Codice fiscale

Recapito telefonico

Indirizzo mail

- che si impegna ad accertare e garantire il rispetto delle mie volontà dichiarate nel presente documento, a fare le mie veci e a rappresentarmi nelle relazioni con il medico e con il personale sanitario
- a lui consegno copia delle mie DAT

- sono a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento, con atto scritto, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione
- autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs 196/2003 e regolamento UE 679/2016.
- queste mie volontà sono depositate in originale presso:

.....

Si allega copia dei documenti del disponente e del fiduciario

Luogo e data

Firma del disponente

Firma del fiduciario

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario, per morte, incapacità o sopravvenuta rinuncia, o irreperibilità in tempo utile, sia nella impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo:

Sig./Sig.ra.....

Nato/a il a Provincia (.....)

Residente a Provincia (.....)

In via n.

Documento di identità

Codice fiscale

Recapito telefonico

Indirizzo mail

Si allega copia dei documenti del fiduciario sostituto

Luogo e data

Firma del disponente

Firma del fiduciario sostituto

Revisione del 19 -8 - 2020