

Direttive anticipate basilesi

Editore: Felix Platter-Spital | GGG Voluntas | Medizinische Gesellschaft Basel | Universitätsspital Basel

felixplatterspital



Cognome, nome

Data di nascita

Indirizzo attuale

Via, n.

NPA, località

Nel pieno possesso delle mie facoltà mentali dispongo quanto segue nel caso in cui non fossi più in grado di intendere e di volere:

1. Motivazione

Cosa mi spinge a redigere delle direttive anticipate? Esiste un motivo concreto?

2. Rapporto con la vita e la morte

Le direttive anticipate sollevano una lunga serie di domande esistenziali. Che considerazione ho della mia vita e del morire? Di quali malattie soffro? Quali sono le esperienze per me più significative legate alla malattia e alla dipendenza da altri? Che cosa significa per me qualità di vita? Tutte le opinioni e i valori personali riguardanti la salute, la malattia e la morte sono un aiuto prezioso per orientare le decisioni mediche.

3. Campo di applicazione delle presenti direttive

La preghiamo di contrassegnare la casella «SÌ» se è d'accordo e la casella «NO» se non è d'accordo. Se per il momento non è in grado di decidere, contrassegni la casella «NS» (= non so).

Le presenti direttive anticipate devono essere applicate nelle situazioni riportate di seguito nel caso in cui sia necessario prendere delle decisioni mediche e io non sia capace né di discernimento né di esprimere le mie volontà.

	SÌ	NO	NS*
1) Sono in fin di vita ed è possibile che la morte sopraggiunga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) In seguito a una grave malattia o a un infortunio, la mia sopravvivenza dipende da un ricorso intensivo a mezzi medici e tecnici e non vi è alcun segno di guarigione o miglioramento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) A causa di una lesione cerebrale grave e inaspettata (p.es. un'emorragia cerebrale, un ictus o un infortunio) oppure di una patologia irreversibile e degenerativa del cervello (p.es. morbo di Alzheimer) le mie capacità comunicative e percettive sono gravemente ridotte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Indipendentemente dalle situazioni 1,2 o 3, durante il ricovero in ospedale è necessario prendere delle decisioni mediche come, per esempio, in caso di gravi complicazioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Altre situazioni, osservazioni:

4. Orientamento generale delle misure mediche

La preghiamo di contrassegnare una delle due opzioni seguenti:

a)

o b)

Le misure mediche devono mirare in primo luogo al mantenimento della mia vita. Accetto le eventuali conseguenze che potrebbero derivare dal perseguimento di tale obiettivo. Non desidero morire prima che tutte le possibilità mediche siano state applicate.

Le misure mediche devono mirare in primo luogo a favorire il mio benessere e ad attenuare le mie sofferenze. Il trattamento dei sintomi (come dolori, affanno, agitazione e ansia) è prioritario. Sono consapevole del fatto che tale decisione possa accorciare la mia vita.

Osservazioni o aggiunte:

* In mancanza di indicazioni nella casella contrassegnata da un asterisco, la Sua persona di fiducia sarà tenuta a decidere basandosi sulla Sua presunta volontà. Se non ha indicato alcuna persona di fiducia, una persona a Lei vicina sarà incaricata di decidere in Sua vece, secondo la legislazione in vigore.

5. Misure mediche speciali

1. Alimentazione e idratazione artificiali

Qualora non fossi in grado di alimentarmi o idratarmi per vie naturali:

	SÌ	NO	NS*
a) Consento alla somministrazione artificiale di alimenti e di liquidi (sonda gastrica, flebo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Se ho contrassegnato con «NO» la frase a): consento alla somministrazione artificiale di alimenti e di liquidi nella misura in cui essa miri esclusivamente al sollievo dei sintomi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Altre misure e osservazioni

6. Rianimazione

In caso di arresto cardiaco o respiratorio:

	SÌ	NO	NS*
Consento al tentativo di rianimazione (rianimazione cardiopolmonare).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osservazioni:

* In mancanza di indicazioni nella casella contrassegnata da un asterisco, la Sua persona di fiducia sarà tenuta a decidere basandosi sulla Sua presunta volontà. Se non ha indicato alcuna persona di fiducia, una persona a Lei vicina sarà incaricata di decidere in Sua vece, secondo la legislazione in vigore.

7. Persona di fiducia

Autorizzo la mia persona di fiducia a far valere le mie volontà dinnanzi al team curante. I medici e l'intero team sono esonerati dal segreto professionale nei suoi confronti. La persona di fiducia deve essere informata il più rapidamente possibile ed è autorizzata a consentire o ad impedire eventuali misure mediche. Se la persona di fiducia non è disponibile, è necessario contattare la persona che la sostituisce.

	Persona di fiducia	Sostituto della persona di fiducia
Cognome, nome		
Via, n.		
NPA, località		
Tel. privato		
Tel. professionale		
N° cellulare		

Osservazioni:

--

8. Indicazioni complementari

Luogo desiderato per le cure e il decesso:

Indicazioni sulle cure:

Accompagnamento spirituale:

SÌ NO

La persona di fiducia è autorizzata a consultare la mia cartella clinica anche dopo la mia scomparsa.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Autopsia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Donazione di organi

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Osservazioni:

--

Il mio medico

Organizzazione	
Cognome, nome	
Via, n.	
NPA, località	
Telefono	
Fax: / cellulare:	

SÌ NO

Il medico è in possesso delle presenti direttive anticipate?

È necessario informarlo in caso di ricovero in ospedale?

9. Luogo di deposito e ulteriori disposizioni

La preghiamo di contrassegnare le caselle desiderate e, se necessario, di completare con le informazioni del caso:

Medizinische Notrufzentrale di Basilea
(MNZ) tel. +41 61 261 15 15

Altro luogo di deposito:
(indirizzo, tel., ev. persona di contatto)

Altre disposizioni personali:

SÌ NO

Disposizioni funerarie:

Luogo di deposito:

Osservazioni:

10. Firma manoscritta

Luogo e data:	Firma:
---------------	--------

Versione di novembre 2016 / La versione originale è in tedesco.