

Testamento biologico

/ I miei dati personali

Nome, cognome:

Via, n°:

NPA, luogo:

Data di nascita:

Redigo le presenti disposizioni nel caso in cui, in seguito a un infortunio, una grave malattia o una forma di demenza, non fossi più in grado di decidere autonomamente.

/ Persona autorizzata a rappresentarmi nelle questioni mediche

Autorizzo

Nome, cognome:

Via, n°:

NPA, luogo:

Data di nascita:

Telefono:

Cellulare:

E-mail:

Nostra relazione:

a prendere tutte le decisioni concernenti misure mediche e/o terapeutiche in mia vece. Esonero i medici e il personale curante dal segreto professionale nei confronti della persona summenzionata.

Se la persona che ho nominato come mio rappresentante non è reperibile o non può svolgere tale compito per altri motivi, nomino il seguente sostituto:

/ Persona sostitutiva autorizzata a rappresentarmi nelle questioni mediche

Nome, cognome:

Via, n°:

NPA, luogo:

Data di nascita:

Telefono:

Cellulare:

E-mail:

Nostra relazione:

Atteggiamento personale nei confronti della vita e della morte

Queste domande sono state elaborate da Advance Care Planning – ACP Swiss.

Motivo del colloquio

Perché vuole redigere un testamento biologico? Che cosa vuole ottenere con questo documento?

Quali sono le sue attuali condizioni di salute?

Attualmente ha una malattia? Come pensa che cambierà il suo stato di salute? Il suo medico curante le ha fornito informazioni in proposito?

Le piace vivere?

Quanto è importante per lei vivere ancora a lungo nella sua condizione attuale?

Se pensa alla morte, che cosa le viene in mente?

Se potessimo dirle che stanotte si addormenterà tranquillamente e domattina non si sveglierà più, che sentimenti le scatenerebbe?

Un trattamento medico può contribuire a prolungarle la vita in una situazione critica? Quali esperienze ha avuto sinora con le misure di prolungamento della vita?

Che cosa accetterebbe per vivere più a lungo?

Esistono situazioni in cui non vorrebbe più ricevere trattamenti per prolungare la vita?

Che cosa la preoccupa o le fa paura se pensa a futuri trattamenti medici?

Che cosa rifiuta categoricamente?

Su quali convinzioni personali è improntata la sua vita [spirituali, religiose, culturali]?

Che cosa le è di aiuto nelle situazioni difficili?

Trattamenti medici

Obiettivo terapeutico generale

Desidero ricevere misure mediche di prolungamento della vita in ogni caso e ad ogni costo.

Soffro di una malattia incurabile.

Sì No Nome della malattia:

In caso di arresto cardiocircolatorio o respiratorio desidero essere rianimato/a.

Sì No

Motivo della mia scelta:

Desidero che le misure mediche siano finalizzate al mio benessere e ad alleviare le mie sofferenze. Per me non è prioritario prolungare la vita a ogni costo. Accetto che la rinuncia a determinati trattamenti medici possa accorciarmi la vita.

Motivo della mia scelta:

In seguito a un infortunio o una malattia, per esempio un ictus o una forma di demenza, posso perdere la mia capacità di discernimento. Dopo le prime misure di emergenza e un'attenta valutazione medica può risultare impossibile che io recuperi la capacità di discernimento. **Rimango incapace di discernimento.** In questo caso

> rinuncio a qualunque intervento invasivo [per es. operazione, intubazione] e di prolungamento della vita se i medici presumono che queste misure non consentiranno di alleviare le mie sofferenze.

Confermo Non confermo

Motivo della mia scelta:

> in caso di forti dolori auspico un trattamento completo per alleviarli anche se questo può compromettere il mio stato di coscienza o accorciarmi la vita.

Confermo Non confermo

Motivo della mia scelta:

> se non sono più in grado di ingerire cibo o liquidi in modo naturale, auspico un'alimentazione artificiale **temporanea** (per es. tramite nutrizione parenterale o enterale) per mantenere la qualità di vita.

Confermo Non confermo

Motivo della mia scelta:

> se non sono più in grado di ingerire cibo o liquidi, rifiuto un'alimentazione artificiale **prolungata** (per es. tramite sonda gastrica o infusione).

Confermo Non confermo

Motivo della mia scelta:

/ Il mio testamento biologico attesta che non desidero ricevere misure di prolungamento della vita

Se ho una forma di demenza in stadio avanzato che comporta un'incapacità di discernimento permanente e il mio comportamento è interpretato come una volontà di vivere, desidero che

la persona autorizzata a rappresentarmi possa modificare le mie disposizioni.

le mie disposizioni siano attuate.

/ Il mio testamento biologico attesta che desidero ricevere misure di prolungamento della vita

Se mi ammalò di demenza e il mio comportamento è interpretato come una volontà di morire, desidero che

la persona autorizzata a rappresentarmi possa decidere diversamente in considerazione delle circostanze.

le mie disposizioni siano attuate.

Assistenza spirituale e accompagnamento alla morte

Cosa desidero:

Donazione di organi e autopsia

Dopo il mio decesso, acconsento che sul mio corpo sia eseguita un'autopsia.

Sì No

Dopo il mio decesso, acconsento all'espianto dei miei organi:

> per una donazione di organi: sì no

> a fini medici: sì no

Esequie, sepoltura e cerimonia di commiato

Desidero

la cremazione l'inumazione una cerimonia di commiato
 una tomba convenzionale una tomba di famiglia una fossa comune
 un funerale altro

Luogo, data:

Firma:
