

# Piano anticipato di vita e di cura



## Tre punti importanti

1 - Questo documento è una sintesi delle tue Dichiarazioni Anticipate di Trattamento / Pianificazione condivisa delle cure conservate a casa o presso un terzo (parente o istituzione). Si prega di specificare dove si trova (riportare i propri dati di contatto o quelli del terzo che la detiene)

2 - In qualunque momento hai la possibilità di cambiare le tue DAT / PCC perché rispondano meglio all'evoluzione dei tuoi bisogni.

3 - Questi documenti saranno utilizzati solo nel caso in cui tu non sia più in grado di esprimerti.

## Informazioni amministrative

Nome e Cognome - M  F

Il mio numero di telefono

Il mio codice fiscale

Enti e/o persone di contatto (fornisci nome e numero di telefono)

Ente (C.R.A., Ospedale...)

Medico di base

Persona/e di contatto

Fiduciario

Amministratore di sostegno

Delegato

Persona/e di fiducia

## Il mio piano assistenziale

Progetto complessivo (intensità delle cure)

- Assistenza massima (se selezioni questa casella, vai al retro del documento)
- Assistenza ordinaria
- Cure palliative

A parità di assistenza, preferirei stare

- A casa mia
- Nella mia CRA
- In ospedale
- In un Hospice / Unità cure palliative

Terapie che rifiuto

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antibioticoterapia                         | <input type="checkbox"/> Alimentazione artificiale     | <input type="checkbox"/> Supporto alla respirazione |
| <input type="checkbox"/> Idratazione per perfusione                 | <input type="checkbox"/> Enterale (attraverso il naso) | <input type="checkbox"/> Ossigeno-terapia           |
| <input type="checkbox"/> Dialisi                                    | <input type="checkbox"/> Parenterale (intravenosa)     | <input type="checkbox"/> Ventilazione non invasiva  |
| <input type="checkbox"/> Sedazione palliativa                       | <input type="checkbox"/> P.E.G. (nello stomaco)        | <input type="checkbox"/> Intubazione                |
| <input type="checkbox"/> Trattamenti di alterazione della coscienza |  |   |

Tipi di ospedalizzazione che accetto

- Ospedalizzazione con rianimazione
- Ospedalizzazione **senza** rianimazione
- Ospedalizzazione eccezionale (fratture, occlusioni, etc.)

Commenti

## I miei desideri di fine vita

Nei miei ultimi giorni vorrei, se possibile, stare nel mio solito ambiente di vita:  Sì  No  Nessuna preferenza

Vorrei assistenza... (puoi scegliere più opzioni)

Psicologica  Filosofica  Religiosa  
 Spirituale  Altra  Nessuna

Per la mia assistenza vorrei in particolare...

Per me, la cosa più importante è

I miei altri desideri

## I miei desideri per dopo la morte

Acconsento a donare gli organi:  Sì  No  
 Nessuna preferenza

Acconsento a donare il mio corpo per la ricerca scientifica:  Sì  No  
 Nessuna preferenza

Desidero essere:  Cremato/a  Sepolto/a  
 Nessuna preferenza

Ho un pacemaker:  Sì  No

Lascio la scelta della cerimonia funebre ai miei cari:  Sì  No

Se ho risposto «no» alla domanda precedente, vorrei che fossero rispettati i seguenti riti / rituali (cerimonia, dispersione delle ceneri...):

Dettagli dell'impresa di pompe funebri di mia scelta

Ho un'assicurazione funeraria:  Sì  No

Se sì:

Nome assicurazione:

Numero di polizza:

Altri miei desideri

Firma

Firma del mio  
rappresentante (se nominato)

Firma del medico (facoltativa)

Data

La sua relazione con me