



Regione Toscana



Servizio Sanitario della Toscana

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

Il/La sottoscritto/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

Documento di identità n.....

rilasciato da.....il.....

Recapito telefonico:e-mail:.....

ESSENDO ATTUALMENTE IN PIENO POSSESSO DELLA MIA CAPACITÀ DECISIONALE, IN TOTALE LIBERTÀ DI SCELTA E AVENDO AVUTO ADEGUATE INFORMAZIONI MEDICHE, DISPONGO QUANTO SEGUE IN MERITO ALLE DECISIONI DA ASSUMERE QUALORA, IN FUTURO, MI ACCADESSE DI PERDERE, ANCHE TEMPORANEAMENTE, LA CAPACITÀ DI DECIDERE O DI COMUNICARE LE MIE DECISIONI

CONSAPEVOLE ACCETTO CHE IL MIO RIFIUTO DI DETERMINATI TRATTAMENTI POSSA COMPORTARE COME ESITO LA MORTE

Dispongo che i medici curanti informino sulle mie condizioni di salute le seguenti persone:

1. Nominativo.....Cell.....

2. NominativoCell

DISPOSIZIONI GENERALI

**IN CASO DI MALATTIA O LESIONE TRAUMATICA CEREBRALE CHE DETERMINI UNA PERDITA DI COSCIENZA
DEFINIBILE COME PERSISTENTE E IRREVERSIBILE:**

Voglio Non voglio essere sottoposto ad accertamenti diagnostici, trattamenti terapeutici o di sostegno, comprese idratazione e alimentazione artificiali in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente

oppure

Voglio Non voglio che siano proseguiti i trattamenti terapeutici o di sostegno, comprese idratazione e alimentazione artificiali in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente

IN CASO DI PROGNOSI INFAUSTA A BREVE TERMINE O DI IMMINENZA DI MORTE:

Voglio Non voglio l'attivazione di una sedazione palliativa profonda continua per il controllo delle sofferenze refrattarie

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

LE PRESENTI VOLONTÀ POTRANNO ESSERE DA ME REVOCATE O MODIFICATE IN OGNI MOMENTO CON SUCCESSIVA DICHIARAZIONE.

Luogo e data

Firma del sottoscrittore.....

Documento di identità..... n.