

## Disposizioni del/della paziente | Versione breve

### Formulate da

Cognome, nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Nel caso in cui io fossi incapace di discernimento, desidero innanzitutto che siano adottate tutte le misure mediche adeguate perché io possa riacquistare la capacità di discernimento e ritrovare il mio stato di salute precedente.

Qualora, in seguito ad accurata valutazione medica, fosse appurata l'impossibilità o l'improbabilità che io ritrovi la mia capacità di discernimento, chiedo che si rinunci ad ogni misura destinata unicamente a ritardare il mio trapasso e tale da prolungare solo le mie sofferenze.

In ogni caso, desidero un trattamento efficace dei dolori e di altri sintomi gravosi quali paura, irrequietezza, difficoltà respiratorie e nausea.

- Non ho designato una persona di fiducia.
- Ho designato la seguente persona di fiducia e l'autorizzo a far valere la mia volontà presso le persone che mi curano. Dispongo che questa persona sia informata sul mio stato e coinvolta nelle decisioni e abbia pertanto accesso alla mia cartella medica; libero espressamente dal segreto medico nei suoi confronti tutti i medici e il personale curante.

Cognome, nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ NPA/Località \_\_\_\_\_

Telefono P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ Tel. port. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Qualora la mia persona di fiducia non potesse essere contattata o per altri motivi non potesse assumere questo compito, designo la seguente persona come subentrante:

Cognome, nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ NPA/Località \_\_\_\_\_

Telefono P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ Tel. port. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Ho informato la persona di fiducia in merito alle mie disposizioni.

### Donazione d'organi

- Desidero donare i miei organi e do il mio consenso al prelievo di tutti gli organi, tessuti e cellule dal mio corpo e all'attuazione delle misure mediche preliminari necessarie in vista della donazione di organi.
- Autorizzo unicamente il prelievo di \_\_\_\_\_
- Non consento alla donazione d'organi.

Luogo/Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Nota bene:** conservi le sue disposizioni del paziente in modo che si possano trovare in caso di necessità, **non** mandi, per favore, le sue disposizioni del paziente alla FMH/ASSM. Le Direttive ASSM in merito alle disposizioni del paziente si trovano sul sito [www.samw.ch](http://www.samw.ch) e per ulteriori informazioni sul tema disposizioni del paziente si consulti il sito [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) > Servizi > Disposizioni del paziente.