

DISPOSIZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO

Art. 2, 13 e 32 della Costituzione italiana e legge n. 219/2017.

Io sottoscritto/a

Nome

Cognome

Nata/o a il.....

CF.

Residente a Provincia

in Via

Iscritto/a all'Associazione SafeBlood Donation Tessera N°

nell'eventualità in cui non fossi più in grado di manifestare autonomamente la mia volontà,

DISPONGO quanto segue:

Tutte le misure normalmente applicate nel reparto di terapia intensiva in una situazione di emergenza possono e devono essere eseguite, previa consultazione con il rappresentante autorizzato da me nominato, con le seguenti eccezioni:

- **Nessuna intubazione meccanica.**
- **NON AUTORIZZO l'espianto degli organi**, tranne che per i parenti prossimi in una situazione di pericolo di vita.
- **Le trasfusioni DEVONO essere utilizzate solo in situazioni di pericolo di vita** e solo quando il livello di emoglobina è inferiore a 5 g/dl e dopo che tutte le opzioni sono state esaurite, come gli espansori di volume (soluzione salina, destrano, Haemaccel, soluzione di lattato di Ringer, amido idrossietilico HÄS) o simili, e metodi come l'elettrocauterizzazione, preparati di ferro (intramuscolari o endovenosi), ESF preparato artificialmente o, **soprattutto**, aspirazione del sangue dalla ferita e reimmissione in circolo (**Autotrasfusione ATS/MAT, IOS/ICS o Ritrasfusione ADR**).

- In caso in cui dovesse presentarsi la necessità di una trasfusione di sangue e/o emoderivati al fine di salvaguardare la mia sopravvivenza, **NON AUTORIZZO trasfusioni provenienti dal circuito trasfusionale nazionale (trasfusioni generiche). NON AUTORIZZO l'uso di sangue conservato** a meno che non abbia l'attributo „Utilizzare solo per i membri SafeBlood“.
- In caso di emergenza, per motivi personali, **AUTORIZZO altresì SOLO trasfusioni di sangue e/o emoderivati provenienti ESCLUSIVAMENTE dalla persona di mia fiducia sotto menzionata**, che ha il mio stesso gruppo sanguigno. Accetto anche il suo sangue in caso di emergenza come trasfusione diretta senza alcuna lavorazione. La mia persona di fiducia è personalmente presente ad ogni intervento programmato e può quindi fungere direttamente da donatore di sangue. Se lui/lei è eccezionalmente non disponibile direttamente, solo lui/lei, o l'organizzazione SafeBlood Donation, determinerà un sostituto adatto – di solito il suddetto sangue etichettato „Usare solo per i membri SafeBlood“ o altro membro SafeBlood reperibile.

Per questo motivo, con la presente **delego la seguente persona (FIDUCIARIO)** a rappresentarmi in tutte le questioni riguardanti la mia cura e l'assistenza. La delega comprende anche l'attuazione della presente DAT (Disposizione Anticipata di Trattamento):

Nome e cognome.....

Indirizzo.....

Telefono.....

Email.....

Data.....

Firma della/del Delegante.....

Firma della/del fiduciaria/o.....

Altresì richiedo di contattare l'Associazione SafeBlood Donation a cui risuldo associato con Tessera N° come indicato sopra.

informandoli sulla mia situazione clinica, scrivendo a:

info@safeblood.it

myriam@safeblood.it

Accetto la probabilità remota che l'attuazione di tali misure possa comportare una abbreviazione della mia vita.

In caso di situazioni di vita o di trattamento non esplicitamente disciplinate dalla presente Disposizione Anticipata di Trattamento, la mia volontà presunta va ricostruita ricercando il consenso della persona fiduciaria Sig./

Sig.ra sopra delegata.

Sottoscrivo queste Disposizioni dopo attenta riflessione e nella piena consapevolezza della responsabilità verso me stessa/o. Sono cosciente del loro significato e delle loro conseguenze, in special modo del fatto che esse impegnano i miei medici curanti, i miei rappresentanti e i miei rappresentanti legali e i miei congiunti. Mi è anche chiaro che la mia decisione sopra descritta nella sopraelencata situazione, potrebbe portare ad una riduzione della mia permanenza in vita e ad una accelerazione del processo di morte. So che posso in qualsiasi momento modificare o revocare in toto le presenti Disposizioni Anticipate di Trattamento.

Queste Disposizioni devono essere rese accessibili al personale sanitario addetto alla mia assistenza e cura.

Data.....

Firma.....

INFORMAZIONE MEDICA

La signora/il signor

_____ ha da
me ricevuto, in data _____ esaustiva

informazione rispetto ai contenuti e alle possibili conseguenze delle presenti Disposizioni Anticipate di Trattamento.

Data

Firma e Timbro del

medico:

RICONFERMA DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Di seguito io sottoscritta/o
confermo con la mia firma di aver verificato il contenuto della
Disposizione Anticipata di Trattamento da me sopra in precedenza
sottoscritta e che la mia volontà non è mutata.

Data.....

Firma.....

**Firmato digitalmente nell'area riservata ai membri di
SafeBlood.net**

(L'originale firmato su carta può essere fornito su richiesta.)

.....
(Firma per la versione cartacea)