

Direttive anticipate CRS

Nome:

Cognome:

Croce Rossa Svizzera



Modulo 1

► Per la stesura delle Sue direttive anticipate CRS La preghiamo di servirsi della guida ►.

Per la compilazione del seguente documento può scegliere tra le seguenti possibilità:

Indicazioni minime (obbligatorie) – modulo 1

Dati personali, medico di famiglia, procura, obiettivi terapeutici, rianimazione e valori

Indicazioni più dettagliate (facoltative) – modulo 2

Prescrizioni mediche dettagliate

Ho redatto le presenti direttive anticipate nel pieno possesso delle mie facoltà mentali e dopo matura riflessione, per il caso in cui perdessi la capacità di discernimento ► e non fossi più in grado di esprimere la mia volontà.

1. Dati personali

Signora Signor

Nome

Cognome

Data di nascita

Numero di sicurezza sociale, ex n. AVS

Via, numero

Codice postale, località

Telefono privato

Cellulare

Indirizzo e-mail

2. Medico di famiglia

Nome/cognome/ambulatorio

Telefono

Via, numero

Codice postale, località

Sì No

Il mio medico di famiglia deve essere informato in caso di un mio ricovero in ospedale.

3. Procura

La persona con diritto di rappresentanza

Autorizzo le persone con diritto di rappresentanza ➤ per far applicare e rispettare le decisioni contenute nelle presenti direttive anticipate di fronte a medici e personale curante. Sollevo i medici e il personale curante dall'obbligo di rispettare il segreto professionale ➤ dnei confronti di queste persone.

Signora	Signor	Rapporto (p. es. partner)
Nome, cognome		Data di nascita
Via, numero		Codice postale, località
Telefono privato		Telefono professionale
Cellulare		Indirizzo e-mail

Il sostituto con diritto di rappresentanza

Signora	Signor	Rapporto (p.es. partner)
Nome, cognome		Data di nascita
Via, numero		Codice postale, località
Telefono privato		Telefono professionale
Cellulare		Indirizzo e-mail

Sì No

Le persone con diritto di rappresentanza sono state informate dello scopo e del contenuto delle mie direttive anticipate.

Rinuncia alla procura

Rinuncio a designare delle persone con diritto di rappresentanza.

4. I miei valori personali

I valori e le considerazioni espresse qui di seguito dovranno servire come orientamento per il personale medico curante nel caso di situazioni decisionali difficili.

🗨 **La preghiamo di esprimere la sua opinione in particolare riguardo agli aspetti seguenti:**

- I motivi che mi inducono a redigere le presenti direttive anticipate.
- Convinzioni personali, religione, valori, desideri e paure nei confronti della salute e della malattia.
- Qualità di vita: cosa è importante per me nella vita.
- Il mio stato di salute attuale, esperienze con la malattia, bisogno di cure (limitazioni per me ipotizzabili), agonia e morte.

5. Disposizioni relative alle decisioni mediche

Misure di rianimazione in caso di arresto cardiocircolatorio (rianimazione ↗)

🗨️ Scelga **una** delle risposte possibili.

Autorizzo la rianimazione fundamentalmente in ogni situazione, cioè anche se la prognosi è sfavorevole, ad esempio in caso di malattia incurabile preesistente che rappresenta un rischio per la vita.

Autorizzo la rianimazione solo in caso di prognosi favorevole, ad esempio quando l'arresto cardiocircolatorio avviene all'ospedale, nell'ambito di un esame diagnostico o di un intervento terapeutico (operazione), in caso di disturbi improvvisi del ritmo cardiaco o di buone condizioni di salute precedenti, ecc.

Sono contrario/a ogni tentativo di rianimazione.

🗨️ **Obiettivi terapeutici in caso di buone possibilità di guarigione**

In caso di prognosi favorevole, saranno adottate tutte le misure mediche e terapeutiche necessarie affinché possa tornare a condurre una vita autonoma e autodeterminata.

Obiettivi terapeutici in caso di scarse possibilità di guarigione

🗨️ Scelga **una** delle risposte possibili:

Desidero che mi vengano somministrate solo **cure palliative** ↗ destinate ad attenuare i sintomi della malattia (p.es. dolore, insufficienza respiratoria, nausea, ansia, ecc.) ma nessuna misura volta a mantenermi in vita.

oppure

Desidero che vengano intraprese **tutte** le misure mediche destinate a mantenermi in vita, incluse quelle volte ad attenuare il dolore. Accetto i disturbi che potranno derivare da una terapia destinata a mantenermi in vita.

Campo di applicazione

Le disposizioni mediche enunciate nelle presenti direttive anticipate saranno applicate in tutte le **situazioni di incapacità di discernimento**, a meno che Lei non desideri che siano limitate ai casi seguenti:

Ulteriori osservazioni:

6. Consulenza

Le seguenti indicazioni sono facoltative.

Per la redazione delle presenti direttive anticipate ho ricevuto la consulenza di:

Istituzione, nome

Data

7. Deposito delle mie direttive anticipate CRS

Sì

No

Deposito le mie direttive anticipate presso la CRS (soggetto a spese [↗](#))
(inviare a: Croce Rossa Svizzera, Direttive anticipate CRS,
Werkstrasse 18, 3084 Wabern)

Desidero ricevere fotocopie delle mie direttive anticipate. Quantità (al massimo 3)

8. Firma

Confermo di avere preso visione delle condizioni generali (CG [↗](#)) e di accettarle.

Apponendo la mia firma confermo il carattere vincolante delle volontà da me espresse riguardo alle misure mediche e altre prescrizioni in caso di mia incapacità di discernimento.

Data

Firma

.....

Modulo 2

9. Altre disposizioni relative alle decisioni mediche

Trattamento in caso di scarse possibilità di guarigione (concretizzazione dell'obiettivo terapeutico da me scelto al punto 5)

	Si	No	Decisione della persona con diritto di rappresentanza
Farmaci			
Farmaci per il trattamento di nuove malattie			
Antibiotici ➤ per il trattamento di un'infezione acuta			
Sedativi ➤ in caso di sintomi incontrollabili, p. es. insufficienza respiratoria o dolori			
Farmaci per il trattamento di malattie preesistenti			
Osservazioni:			

Apporto artificiale di liquidi e alimentazione artificiale ➤

🗨 Scelga **una** delle risposte possibili.

Alimenti Liquidi

No

Decisione della persona con diritto di rappresentanza

Si A breve termine, nella prospettiva che, più tardi, io possa assumere di nuovo normalmente alimenti e liquidi (fino a un mese)

A lungo termine (più di un mese)

Sulla durata dovrà decidere la persona con diritto di rappresentanza

Osservazioni:

Ventilazione artificiale [↗](#)

🗨️ Scelga **una** delle risposte possibili.

No

Decisione della persona con diritto di rappresentanza

Sì A breve termine (fino a 1 settimana)

A lungo termine

Sulla durata dovrà decidere la persona con diritto di rappresentanza

Osservazioni:

Ulteriori trattamenti

Sì

No

Decisione della
persona con diritto
di rappresentanza

Chemioterapia [↗](#), radioterapia [↗](#)

Interventi chirurgici [↗](#)

Trasfusioni di sangue [↗](#)

Dialisi [↗](#)

Osservazioni:

10. Altre disposizioni

Luogo del trattamento

🗨️ Le seguenti indicazioni sono facoltative.

Il trattamento in un reparto di cure intensive [↗](#) deve essere possibilmente evitato.

Ricovero in un istituto (istituto medico-sociale, ospedale per malattie acute, istituto per cure palliative) solo se le cure palliative non possono essere prodigate a domicilio.

Altre indicazioni concernenti le cure, l'accompagnamento e l'assistenza psicosociale

Nel caso in cui io perdessi la capacità di discernimento, gli aspetti che mi stanno a cuore per quanto riguarda le cure e l'accompagnamento (assistenza psicosociale, desideri particolari, p. es. assistenza spirituale o rituali):

Donazione di organi

🗨️ Scelga **una** delle risposte possibili.

Proibisco qualsiasi prelievo di organi, tessuti e cellule del mio corpo.

La decisione spetta alla persona con diritto di rappresentanza.

In caso di decesso, autorizzo il prelievo di tutti gli organi, tessuti o cellule del mio corpo nonché l'esecuzione delle misure preparatorie necessarie.

In caso di decesso, autorizzo il prelievo degli organi specificati qui di seguito, nonché l'esecuzione delle misure preparatorie necessarie:

🗨️ Può selezionare **più** organi.

Cuore

Pancreas

Reni

Polmoni

Cornee

Intestino tenue

Fegato

Pelle

Altri tessuti e cellule

Autopsia medica (clinica) ↗

🗨️ Scelga **una** delle risposte possibili.

Autorizzo l'autopsia.

Sì

No

Decisione della persona con diritto di rappresentanza

Consultazione del rapporto di autopsia

Se ha risposto «no» sotto «autopsia medica (clinica)» non deve compilare questa rubrica.

Nessuno è autorizzato a consultare il mio rapporto di autopsia, ad esclusione del mio medico curante.

Autorizzo la/le seguente/i persona/e a consultare il mio rapporto di autopsia:

la persona con diritto di rappresentanza

la seguente persona:

Persona

Signora

Signor

Nome, cognome

Indirizzo

Consultazione della mia cartella clinica dopo il decesso

Scelga **una** delle risposte possibili.

Nessuno è autorizzato a consultare la mia cartella clinica, ad esclusione del mio medico curante.

Autorizzo la/le seguente/i persona/e a consultare la mia cartella clinica:

la persona con diritto di rappresentanza

la seguente persona:

Persona

Signora

Signor

Nome, cognome

Indirizzo

Oltre alle presenti direttive anticipate, ho stilato altri documenti previdenziali

(p. es. mandato precauzionale [↗](#), disposizioni funerarie [↗](#), donazione del corpo [↗](#), ecc.):

No

Sì, depositati presso:

11. Conferma medica

Le seguenti indicazioni sono facoltative.

Attestazione medica della capacità di discernimento al momento della stesura

Elaborata da:

Signora

Signor

Nome, cognome:

Via, numero

Codice postale, località

Data

Firma, timbro

.....

12. Firma

Confermo di avere preso visione delle condizioni generali (CG [↗](#)) e di accettarle.

Apponendo la mia firma confermo il carattere vincolante delle volontà da me espresse riguardo alle misure mediche e altre prescrizioni in caso di mia incapacità di discernimento.

Data

Firma

.....