<u>Fac-simile</u>

PIANIFICAZIONE CONDIVISIVA DELLE CURE E NOMINA DI FIDUCIARIO

In ..... (luogo dettagliato) ..... in data ..... si svolge un incontro fra il/la paziente ..... ed il/la dr. ..... al fine della pianificazione condivisa delle cure relative al/alla predetto/a paziente, con particolare riferimento alla evoluzione della patologia ..... ed all'eventuale intervento chirurgico di / trattamento con ....

.....

Con il consenso del/della paziente, all'incontro partecipano anche i seguenti professionisti sanitari, a vario titolo coinvolti nel processo diagnostico-terapeutico, nonché i seguenti familiari del/della paziente: .....

.....

.....

Il/La paziente dichiara, ai sensi dell'art. 5 della legge 22 dicembre 2017, n. 219:

☐ di non nominare per ora alcun fiduciario [in questo caso, la eventuale successiva nomina sarà verbalizzata in altro documento]

☐ di nominare il sig./la sig.ra ..... proprio fiduciario. Il/La predetto/a (se presente) dichiara di accettare l'incarico/ oppure: è assente [in questo caso, l'accettazione della nomina sarà verbalizzata in altro documento].

All'incontro sono stati invitati anche i seguenti professionisti sanitari, impossibilitati ad intervenire:

.....

.....

.....

.....

Alcuni di loro hanno inviato alcune osservazioni scritte riportate nei seguenti documenti (titolo, estensore, data):

.....

.....

.....

.....

.....

allegati al presente verbale e presi in considerazione da ciascuno dei partecipanti all'incontro.

Il/La dr. ..... puntualizza con il/la paziente le attuali condizioni cliniche e la loro probabile evoluzione. Si tratta: ....

....

.....

.....

.....

Al paziente sono altresì illustrate le risorse terapeutiche attualmente disponibili:. .....

.....

Rispetto a quanto esposto dal/dalla dr. ....., il/la paziente manifesta i seguenti desiderri/opzioni/ necessità: .....

.....

.....

Segue discussione di approfondimento sui seguenti aspetti, con le seguenti indicazioni, di ciascuna delle quali si riporta nome di chi le ha manifestate:

- .....

.....

- .....

.....

- .....

.....

Il paziente dichiara di aver ben compreso le informazioni ricevute e puntualizza in particolare i seguenti aspetti .....

.....

.....

Il paziente manifesta le seguenti volontà in relazione alle informazioni ricevute:

- chiede che vengano posti in essere i seguenti trattamenti: .....

.....

- rifiuta i seguenti trattamenti: ....

.....

nelle seguenti situazioni cliniche: ....

.....

Tali volontà sono persistenti nel tempo futuro salvo revoca.

Il paziente dichiara di essere consapevole:

- che esse sono vincolanti, ai sensi dell'art. 5 della legge 219/2017, per medico ed equipe sanitaria qualora il paziente venga a trovarsi in condizione di incapacità ad esprimere il proprio consenso;

- di avere comunque la possibilità di revocare in tutto o in parte le precedenti indicazioni o di modificarle in relazione alle peculiarità dell'evoluzione della malattia.

I familiari presenti sono istruiti circa l'approccio al paziente, qualora a domicilio si verificasse una delle condizioni circa le quali il /la paziente ha espresso la sua volontà.

Al fiduciario vengono affidati in particolare i seguenti mandati:

- .....

- .....

- .....

Il presente verbale è redatto in modo conforme a quanto indicato dall'art. 5, commi 3 e 4, della legge 219/2017 ed è sottoscritto dai presenti.

Il / La paziente ..... firma .....

Il medico dr. ..... firma .....

Il fiduciario ..... firma .....

Altro professionista sanitario dr. ..... firma .....

Altro professionista sanitario dr. ..... firma .....

Altro professionista sanitario dr. ..... firma .....

Parente ..... **firma** .....

Parente ..... **firma** .....