

**Dichiarazione dei testimoni**

Nome del/della paziente: \_\_\_\_\_ ("Paziente")

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Nome del/della Testimone 1), e

io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Nome del/della Testimone 2),

ognuno per proprio conto, in relazione alla persona la cui firma appare sulla presente "Richiesta di farmaci per il fine vita",  
dichiariamo:

1. di conoscerla personalmente o che la stessa ha esibito un documento di identità;
2. che ha firmato volontariamente la "Richiesta di farmaci per il fine vita" in nostra presenza o ci ha confermato di averla firmata; e
3. che, per quanto a nostra conoscenza e in base alle nostre convinzioni, è in possesso delle capacità decisionali e sta presentando la "Richiesta di farmaci per il fine vita" volontariamente, di sua iniziativa, senza essere stata costretta a firmare la "Richiesta di farmaci per il fine vita".

Dichiariamo inoltre di non essere il medico curante della persona in questione né un medico convocato per un consulto dalla persona stessa che ha firmato la "Richiesta di farmaci per il fine vita", né lo specialista di salute mentale che ha valutato la capacità decisionale della persona la cui firma compare sulla "Richiesta di farmaci per il fine vita" al momento in cui detta "Richiesta di farmaci per il fine vita" è stata firmata.

Dichiariamo inoltre sotto pena di spergiuro che le dichiarazioni qui contenute sono veritiere e corrette e che eventuali dichiarazioni false sono perseguibili penalmente.

Dichiariamo inoltre:

1. di non essere imparentati con il/la Paziente da vincoli di sangue, matrimonio o adozione;
2. di non avere diritto a nessuna parte del patrimonio del/della Paziente alla sua morte, in virtù di testamento o in forza di legge, e di non trovarci in nessun'altra posizione tale da trarre un vantaggio economico dalla morte del/della Paziente;
3. di non essere proprietari, gestori, dipendenti o appaltatori indipendenti di una struttura sanitaria presso la quale il/la Paziente sta ricevendo cure o è ricoverato/a;
4. di non essere conviventi del/della Paziente, in base alla definizione di cui alla Legge sulle decisioni di assistenza sanitaria familiare (Family Health Care Decisions Act) dello Stato di New York, Sezione 2994-a(7) della Legge sulla salute pubblica (Public Health Law);
5. di non essere il/la rappresentante sanitario/a indicato/a nella procura per l'assistenza sanitaria conferita dal/dalla Paziente, ai sensi della Sezione 2980(5) della Legge sulla salute pubblica; oppure
6. di non essere un/una rappresentante ai sensi della procura conferita dal/la Paziente, in base alla Sezione 5-1501(2) della Legge sulle obbligazioni generali (General Obligations Law).

Firma del/della Testimone 1: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Firma del/della Testimone 2: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

## Richiesta di farmaci per il fine vita

Io sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ (Nome del/della Paziente), dichiaro di essere maggiorenne, di essere residente nello Stato di New York e di aver ricevuto la diagnosi di \_\_\_\_\_ (Nome della malattia o condizione terminale), una malattia o condizione terminale. Il mio medico curante ha stabilito, e un medico convocato per un consulto ha confermato, che la mia malattia o condizione terminale è una malattia o condizione incurabile e irreversibile che, secondo un ragionevole giudizio medico, porterà alla morte entro sei mesi, indipendentemente dal fatto che mi venga somministrato o meno un trattamento.

Il mio medico curante, il medico convocato per un consulto e uno specialista in salute mentale concordano sul fatto che io sia in possesso di capacità decisionale, il che significa che comprendo la natura e le conseguenze di ricevere Assistenza medica al fine vita (Medical Aid in Dying), compresi i benefici, i rischi e le alternative, e ne sono consapevole, e che sono in grado di prendere una decisione informata in merito all'Assistenza medica al fine vita e di comunicare la mia decisione al medico curante.

Sono stato/a debitamente informato/a in merito alla diagnosi e alla prognosi, al tipo dei farmaci che mi verranno prescritti e ai potenziali rischi associati, al risultato atteso, nonché alle alternative e alle opzioni terapeutiche disponibili, comprese, senza intento limitativo, le cure palliative e il ricovero presso un hospice.

Chiedo al mio medico curante di prescrivermi un farmaco che, qualora decidessi di assumerlo, provocherebbe la mia morte, e autorizzo il mio medico curante a contattare un altro medico o un farmacista in merito alla mia richiesta.

### Selezionare una delle seguenti opzioni:

(\_\_\_\_\_) Ho informato o intendo informare della mia decisione uno o più familiari.

(\_\_\_\_\_) Ho deciso di non informare della mia decisione nessun familiare.

(\_\_\_\_\_) Non ho nessun familiare da informare della mia decisione.

Sono consapevole di avere il diritto di recedere dalla presente richiesta o di rifiutare in qualsiasi momento l'uso del farmaco. Sono consapevole dell'importanza della richiesta, e sono altresì consapevole che, se assumessi il farmaco che mi verrà prescritto, morirei. Sono inoltre consapevole che, sebbene la maggior parte dei decessi avvenga entro tre ore, il decesso potrebbe richiedere più tempo, e il mio medico curante mi ha informato di questa possibilità.

Presento questa richiesta volontariamente, di mia iniziativa e senza alcuna coercizione, e mi assumo la piena responsabilità delle mie azioni.

Firma: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### Testimone 1 (la "Dichiarazione dei testimoni" è allegata alla presente "Richiesta di farmaci per il fine vita")

Firma: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome (in stampatello): \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

### Testimone 2 (la "Dichiarazione dei testimoni" è allegata alla presente "Richiesta di farmaci per il fine vita")

Firma: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome (in stampatello): \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

## Dichiarazione dell'interprete (se applicabile)

Nome del/della paziente: \_\_\_\_\_ ("Paziente")

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Nome dell'interprete):

### (spuntare una delle due caselle seguenti)

- ☐ in relazione a un/una Paziente le cui conversazioni o i consulti, o conversazioni o consulti interpretati, si sono svolti in una lingua diversa dall'inglese e la cui "Richiesta di farmaci per il fine vita" è redatta in inglese: Dichiaro di essere fluente in inglese e in \_\_\_\_\_ ("Lingua di arrivo"). Dichiaro altresì di possedere le competenze necessarie in termini linguistici e interpretariato per poter interpretare in modo efficace, accurato e imparziale le informazioni condivise e le comunicazioni tra il medico curante o un medico convocato per un consulto e il/la Paziente.

Certifico che il giorno \_\_\_\_\_ (Data/Ora) ho svolto funzioni di interprete delle comunicazioni e delle informazioni scambiate tra il medico e il/la Paziente in modo imparziale, con la massima accuratezza e completezza, al meglio delle mie conoscenze e capacità, e ho letto al/alla Paziente la "Richiesta di farmaci per il fine vita" nella Lingua di arrivo.

Il/La Paziente mi ha confermato la volontà di firmare la "Richiesta di farmaci per il fine vita" volontariamente, di sua iniziativa e senza aver subito alcuna coercizione.

- ☐ in relazione a un/una Paziente con disturbi del linguaggio, dell'udito o della vista: Dichiaro di possedere le competenze necessarie in termini di lingua, lettura e interpretariato per poter comunicare con il/la Paziente e di essere in grado di leggere e/o interpretare in modo efficace, accurato e imparziale le informazioni condivise e le comunicazioni tra il medico curante o un medico convocato per un consulto e il/la Paziente.

Certifico che il giorno \_\_\_\_\_ (Data/Ora) ho svolto funzioni di interprete delle comunicazioni e delle informazioni scambiate tra il medico e il/la Paziente in modo imparziale, con la massima accuratezza e completezza, al meglio delle mie conoscenze e capacità, e laddove necessario per garantire una comunicazione efficace, ho letto o interpretato al/alla Paziente la "Richiesta di farmaci per il fine vita" nella Lingua di arrivo.

Il/La Paziente mi ha confermato la volontà di firmare la "Richiesta di farmaci per il fine vita" volontariamente, di sua iniziativa e senza aver subito alcuna coercizione.

### Dichiaro inoltre

1. di non essere imparentato/a con il/la Paziente da vincoli di sangue, matrimonio o adozione;
2. di non avere diritto a nessuna parte del patrimonio del/della Paziente alla sua morte, in virtù di testamento o in forza di legge, e di non trovarmi in nessun'altra posizione tale da trarre un vantaggio economico dalla morte del/della Paziente;
3. di non essere proprietario/a, gestore, dipendente o appaltatore indipendente di una struttura sanitaria presso la quale il/la Paziente sta ricevendo cure o è ricoverato/a; o di non fornire servizi di interpretariato nell'ambito delle mie mansioni lavorative presso tale struttura sanitaria; o di essere stato/a formato/a per fornire servizi di interpretariato e dichiaro altresì che il/la Paziente mi ha chiesto di fornire tali servizi per gli scopi indicati nella presente Dichiarazione;
4. di non essere convivente del/della Paziente, in base alla definizione di cui alla Legge sulle decisioni di assistenza sanitaria familiare (Family Health Care Decisions Act) dello Stato di New York, Sezione 2994-a(7) della Legge sulla salute pubblica (Public Health Law);
5. di non essere il/la rappresentante sanitario/a indicato/a nella procura per l'assistenza sanitaria conferita dal/dalla Paziente, ai sensi della Sezione 2980(5) della Legge sulla salute pubblica; oppure
6. di non essere un/una rappresentante ai sensi della procura conferita dal/dalla Paziente, in base alla Sezione 5-1501(2) della Legge sulle obbligazioni generali (General Obligations Law).

Dichiaro inoltre che la presente Dichiarazione è veritiera e corretta e che eventuali affermazioni false in essa contenute sono perseguibili penalmente sotto pena di spergiuro.

In fede, a: \_\_\_\_\_ (Città, Contea e Stato)

Firma: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome (in stampatello): \_\_\_\_\_

Istituto presso il quale l'interprete si è formato/a: \_\_\_\_\_

Indirizzo dell'istituto presso il quale l'interprete si è formato/a: \_\_\_\_\_

Lingua di arrivo parlata dall'interprete: \_\_\_\_\_