Punto di vista dei pazienti e dei familiari Testimoni di Geova: una sfida medica ed etica

Dr. Giuseppe Amendola -Direttore del Servizio di Informazione Sanitaria per i Testimoni di Geova

in the property of the propert		

in the property of the propert		

Objettivi della presentazione

Posizione

Posizione sulle cure mediche

Rete dei comitati La rete dei Comitati di assistenza sanitaria

Risorse

Risorse per i medici

Procedura

Procedura per curare pazienti Testimon

Rete dei comitat

Risorse

Procedura

Testimoni di Geova e cure mediche

- Cercano cure mediche di qualità
- Richiedono strategie alternative alle trasfusioni
- Hanno fatto una scelta informata
- Rifiutano le trasfusioni di sangue allogenico

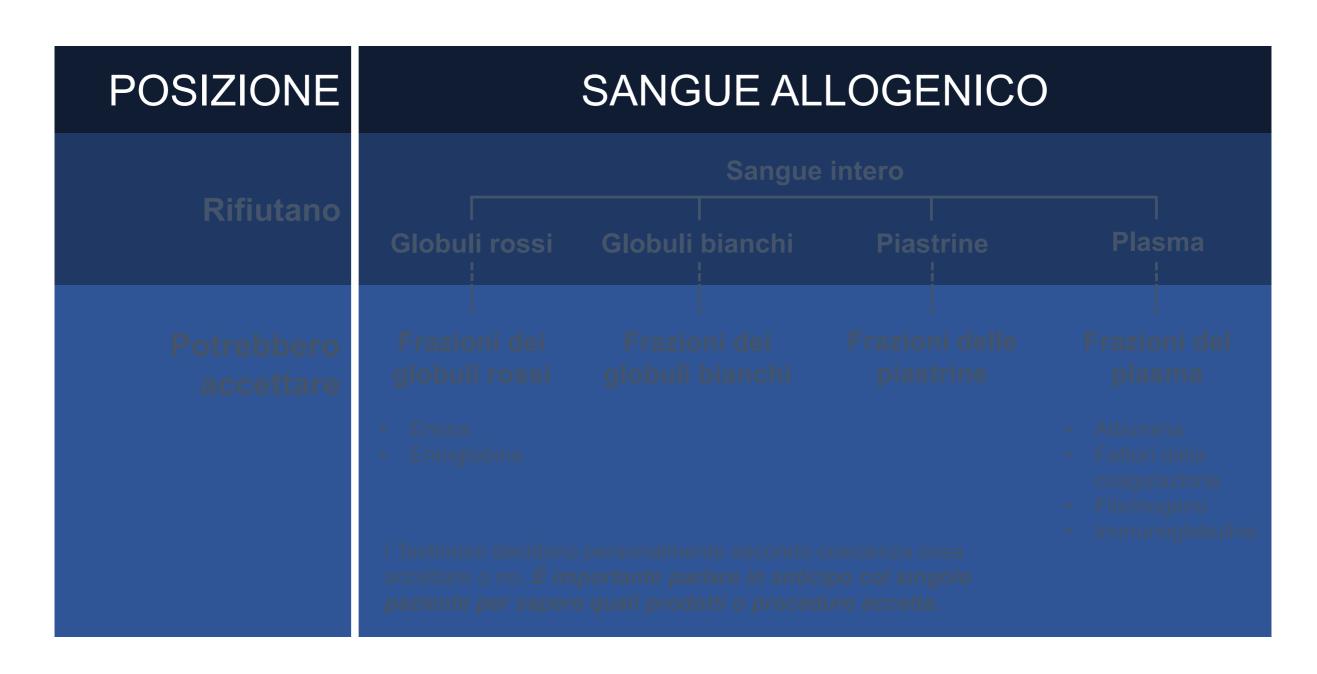


Rete dei comitati

Risorse

Procedura

La posizione dei Testimoni di Geova sul sangue allogenico



Rete dei comitati

Risorse

Procedura

La posizione dei Testimoni di Geova sul sangue autologo

POSIZIONE SANGUE AUTOLOGO

Rete dei comitati

Risorse

Procedura

Direttive anticipate di trattamenti sanitari Legge n. 219 del 22 Dicembre 2017

	Direttive anticipate di trattamenti sanitari e amministratore di sostegno	
1.	Io sottoscritto/a	
2.	Sono Testimone di Geova, e dispongo che in NESSUN CASO MI SIA PRATICATA UNA TRASFUSIONE di sangue intero, di globuli rossi, di globuli bianchi, di piastrine o di plasma, neanche qualora gli operatori sanitari ritengano che sia necessario per salvarmi la vita (Atti 15:28, 29). Rifiuto di depositare il mio sangue perché mi venga poi trasfuso in un secondo tempo.	
3.	In merito ai trattamenti di fine vita: [apporre le proprie iniziali a <u>una</u> delle due voci] (a) Non voglio che la mia vita venga prolungata dalora, dal punto di vista medico, ci sia la ragionevole certezza che le mie condizioni sono ser a pera za. (b) Voglio che la mia vita venga prolungata il p possibile nei limiti delle norme mediche generalmente accettate, anche se questo significato à che potrei essere tenuto in vita per anni mediante l'impiego di macchine.	
4.	In merito ad altre disposizioni di tipo sanita: o (accesempio terapie in corso, allergie, problemi di salute, o qualsiasi altro commento relativo accesie volontà in campo sanitario), dispongo che:	
5.	Non concedo a nessuno (nemmeno all'amministratore di sostegno che ho designato) l'autorità di ignorare o annullare le disposizioni che ho esposto in questo documento. I miei familiari, parenti o amici potrebbero non essere d'accordo con me, ma questo non interferisce con il mio rifiuto delle emotrasfusioni o con le altre disposizioni.	
6.	A eccezione delle questioni summenzionate, designo la persona indicata di seguito mio amministratore di sostegno affinché decida per me in merito a questioni sanitarie. Gli conferisco pieni poteri e l'autorità di accettare o rifiutare a nome mio i trattamenti sanitari (incluse la nutrizione e l'idratazione artificiali), consultarsi con i medici, ricevere copia dei miei referti e adire le vie legali Pagina 1 di 2	

	rispettate. Qualora il mio amministratore di sostegno svolgere le sue funzioni, designo un amministratore d e con la stessa autorità.
(Firma leggibile del redigente *)	(Data)
(Indirizzo)	
in mia presenza. Da quanto mi risulta è nel pressioni, intenti fraudolenti o violenza mo	persona che ha firmato questo documento lo ha fatto le sue piene facoltà tali e non è condizionata de orale. Sono maggi repue. I oltre, non sono la person tore di sostegno alternativo
(Data e firma leggibile del testimone)	(I sta e . va leggibile del testimone)
(Indirizzo e recapiti telefonici)	¹ ndirizzo e recapiti telefonici)
AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO Nome e cognome: Indirizzo: Telefono(i):	intero (compresi nome e cognome, indirizzo e numeri di telefono degli amministratori di sostegno). Dovra firmare il documento alla presenza di due testimon Puoi scegliere qualunque adulto quale amministratori di sostegno, ma raccomandiamo di non scegliere il tu medico, qualcuno che sia alle dipendenze del tuo medico o un componente del personale dell'ospedale o dell'casa di cura presso cui potresti essere paziente, a men
Data e firma leggibile per acce. AMMINISTRATORE DI STEGNO ALTERNATIVO*	che tu non abbia un legame con la persona a motivo o sangue, matrimonio o adozione. Direttive anticipate di trattamenti sanitari e amministratore di sostegno (documento firmato all'interno)
ndirizzo:	NIENTE SANGUE
Pelefono(i): Data e firma leggibile per accettazione	
lpa-I It 1/16 Pagina 2 di 2	2 1

Rete dei comitati

Risorse

Procedura

Rete dei Comitati di assistenza sanitaria per i Testimoni di Geova



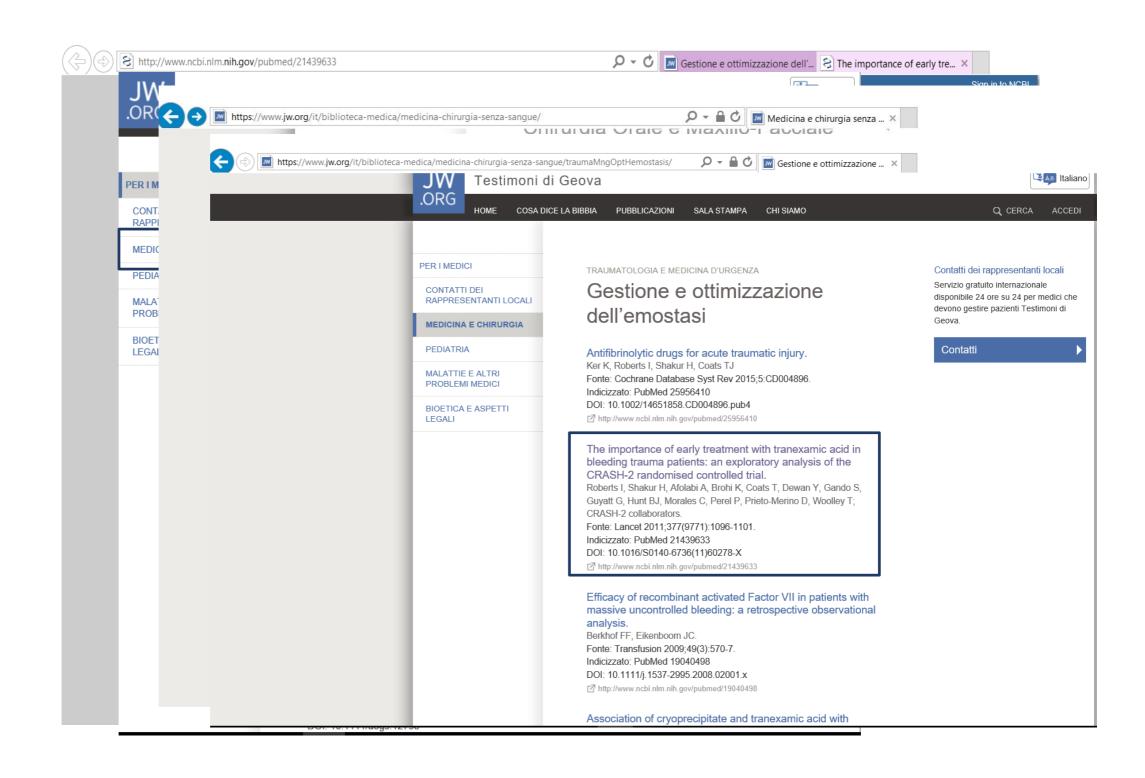
Rete dei Comitati di assistenza sanitaria per i Testimoni di Geova

- Provvede articoli medici e altre informazioni
- Organizza consulti fra medici
- Interviene in caso di trasferimento di un paziente
- È disponibile h24 tutti i giorni per pazienti e medici
- Organizza presentazioni per medici, comitati di bioetica e giuristi

Rete dei comitat

Risorse

Procedura



Rete dei comitat

Risorse

Procedura



Riviste internazionali autorevoli sottoposte a peer review

Per evitare emotrasfusioni

- Farmaci
- Strumenti/apparecchiature
- Tecniche

Rete dei comita

Risorse

Procedura

Procedura per la cura dei Testimoni di Geova

CONSIDERARE

Appropriate strategie alternative alle trasfusioni

CONSULTARE

altri professionisti esperti

CONTATTARE

il Comitato di assistenza sanitaria locale

TRASFERIRE

il paziente, se necessario

Rete dei comitat

Risorse

Procedura

Dowsinge

