



# My Advance Care Plan (Please Complete in English)

## *Piano Anticipato delle Cure*

### *(Si prega di compilare in inglese)*

Last name: / *Cognome*: \_\_\_\_\_

First name: / *Nome*: \_\_\_\_\_ Date of birth / *Data di nascita* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Address: / *Indirizzo*: \_\_\_\_\_

My Advance Care Plan is a record of your advance care planning discussion and a way of informing those who are caring for you of your preferences. Your preferences may not necessarily be health related but will guide your treating health professionals, Enduring Guardian and or family as to how you wish to be treated including any special requests or messages.

Please note: Should you wish to make legally binding treatment decisions, it is recommended that you record these decisions in an Advance Health Directive. You may also wish to give consideration to appointing an Enduring Guardian to make personal, lifestyle and treatment decisions on your behalf. See the Guide for further detail.

I have given a copy of my Advance Care Plan to:

*Il Piano Anticipato delle Cure è il documento che registra la discussione relativa alla pianificazione anticipata delle cure per comunicare ai vostri cari le preferenze personali. Tali preferenze non riguardano necessariamente la salute; si tratta piuttosto di una guida per i professionisti della salute, il Tutore Permanente e/o i familiari riguardo a come vorrete essere curati e altre richieste speciali o messaggi.*

*Si prega di notare che, qualora vogliate prendere decisioni giuridicamente vincolanti, si raccomanda di annotare tali decisioni in un Advance Health Directive. Potete anche considerare di nominare un Tutore che prenda decisioni relative alle cure, allo stile di vita e personali a nome vostro. Per ulteriori dettagli, si prega di consultare questa Guida.*

*Ho consegnato una copia della mia Pianificazione Anticipata delle Cure a:*

Full name / <i>Nome completo</i>	Telephone / <i>Telefono</i>	Mobile / <i>Cellulare</i>	Relationship to me / <i>Relazione</i>

MR00H.01 MY ADVANCE CARE PLAN – ITALIAN

**I have completed one or more of the following:**

***Ho compilato uno o più dei seguenti moduli:***

**Advance Health Directive**

**Yes/No (please circle)**

***Sì/No (Si prega di cerchiare)***

I have stored a copy at: / *Ho conservato una copia presso:* \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / *Si può inoltre ottenere una copia da:*

Name: / *Nome:* \_\_\_\_\_

Telephone: / *Telefono:* \_\_\_\_\_

---

**Enduring Power of Guardianship**

**Yes/No (please circle)**

***Sì/No (Si prega di cerchiare)***

I have stored a copy at: / *Ho conservato una copia presso:* \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / *Si può inoltre ottenere una copia da:*

Name: / *Nome:* \_\_\_\_\_

Telephone: / *Telefono:* \_\_\_\_\_

---

**Enduring Power of Attorney**

**Yes/No (please circle)**

***Sì/No (Si prega di cerchiare)***

I have stored a copy at: / *Ho conservato una copia presso:* \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / *Si può inoltre ottenere una copia da:*

Name: / *Nome:* \_\_\_\_\_

Telephone: / *Telefono:* \_\_\_\_\_

---

**Will**

**Yes/No (please circle)**

***Sì/No (Si prega di cerchiare)***

I have stored a copy at: / *Ho conservato una copia presso:* \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / *Si può inoltre ottenere una copia da:*

Name: / *Nome:* \_\_\_\_\_

Telephone: / *Telefono:* \_\_\_\_\_

## Preferences for my future care

These are my preferences, in relation to my future care.  
Please refer to the *Advance Care Planning Guide for Patients*.

### **Preferenze relative alla mia assistenza futura**

*In relazione alla assistenza futura, queste sono le mie preferenze.  
Si prega di fare riferimento alla Pianificazione Anticipata delle Cure Guida per il Paziente.*

---



---



---



---



---



---



---



---

Other outcomes of the Advance Care Planning conversation:

For example, you may have considered completing other relevant legal documents such as an Advance Health Directive or Enduring Power of Guardianship or you may have decided to become an organ donor.

*Altri esiti della conversazione relativa alla Pianificazione Anticipata delle Cure:*

*Ad esempio, potreste aver deciso di compilare altri documenti legali importanti come un Advance Health Directive o una Tutela Permanente, oppure potreste aver deciso di diventare un donatore di organi.*

Outcome / Esito	Description / Descrizione

**If I have lost capacity or am approaching end of life, where practical and appropriate, I would prefer to be cared for:**

***Se dovessi perdere ogni capacità o giungere alla fine della vita, laddove pratico e appropriato, vorrei essere assistito:***

Initial the option you prefer: / *Ponete le iniziali sull'opzione preferita:*

- In my usual home: / *Nella mia abitazione usuale:* \_\_\_\_\_
- At a family member's home: / *A casa di un familiare:* \_\_\_\_\_
- At a hospice or palliative care unit / *In un istituto per anziani o in un'unità di cure palliative*
- In hospital / *In ospedale*
- On country (for Aboriginal and Torres Strait Islanders) / *Nel paese (per Aborigeni e abitanti delle Torres Strait Islands)*
- At another place: / *Altrove:* \_\_\_\_\_

### **I would like to leave the following message(s)**

For example: I am a carer for my partner/family member or I would like the following person to care for my pet, or I would like a particular song played or I would like a particular complementary therapy to be used or I would like my family to respect my preferences to be an organ donor etc.

### ***Vorrei lasciare il seguente messaggio/i***

*Ad esempio: assisto un familiare/partner e vorrei che la persona indicata di seguito si prendesse cura del mio animale domestico, oppure vorrei che fosse suonata una certa canzone, oppure vorrei che fosse effettuata una certa terapia complementare, oppure vorrei che la mia famiglia rispettasse la mia volontà di diventare un donatore d'organi, ecc.*

---

---

---

---

---

---

---

---

Signed: / *Firma:* \_\_\_\_\_ Date: / *Data:* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

This document can be made available in alternative formats on request for a person with disability.

*Le persone disabili possono richiedere il presente documento in altri formati.*

Produced by WA Cancer and Palliative Care Network  
© Department of Health 2017

Copyright to this material is vested in the State of Western Australia unless otherwise indicated. Apart from any fair dealing for the purposes of private study, research, criticism or review, as permitted under the provisions of the *Copyright Act 1968*, no part may be reproduced or re-used for any purposes whatsoever without written permission of the State of Western Australia.