

Directives anticipées

Établies par

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Domicile:

Les présentes directives anticipées sont applicables dans les situations suivantes

J'établis les présentes directives anticipées après mûre réflexion pour le cas où je ne serais plus capable d'exprimer ma volonté à la suite d'une maladie ou d'un accident. Les directives anticipées doivent s'appliquer:

- dans toutes les situations dans lesquelles je suis incapable de discernement et une décision relative à un traitement médical doit être prise, c'est-à-dire en cas de survenue d'événements nouveaux tels qu'un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral ou un accident, mais aussi en cas de pathologies à évolution chronique à un stade avancé;

ou

Motivation et valeurs personnelles

La description de ma motivation et de mes valeurs personnelles ci-après constitue l'expression d'une réflexion personnelle approfondie et elle est destinée à faciliter la prise de décision par l'équipe soignante en cas de difficultés d'interprétation.

La situation concrète suivante m'incite à rédiger les présentes directives anticipées:

- Aucune situation particulière, mais je souhaite prévoir le cas où je deviendrais incapable de discernement.

En établissant mes directives anticipées, j'ai principalement pour objectif...

- ... que toutes les possibilités médicales susceptibles de me maintenir en vie soient mises en œuvre. Mes souffrances doivent être soulagées le mieux possible, mais je sais que le maintien en vie que je souhaite peut s'accompagner de contraintes et je l'accepte;

ou

- ... que les traitements médicaux servent essentiellement à soulager mes souffrances. L'allongement de la durée de vie à tout prix n'est pas prioritaire à mes yeux. Je sais que la renonciation à certains traitements médicaux peut abrégé ma vie et je l'accepte.

Description de la motivation à l'origine de l'établissement des directives anticipées dans les propres termes de l'auteur

Ma situation actuelle:

Ma vision de la vie:

Mes expériences, ma vision et mes craintes en ce qui concerne la maladie, le décès et la mort:

Ce que signifie la qualité de vie selon moi, les limitations/dépendances que je pourrais difficilement accepter:

Convictions personnelles et/ou religieuses qui me guident:

Je souhaite un accompagnement spirituel et j'appartiens à la communauté confessionnelle suivante:

Je ne souhaite pas d'accompagnement spirituel.

Explications sur les objectifs thérapeutiques et certaines mesures médicales

Je me suis fait conseiller aux fins de l'établissement des présentes directives anticipées par

médecin traitant, Dr.:

ou

Je ne souhaite pas exprimer une position définitive sur des mesures médicales spécifiques, mais j'invite l'équipe soignante à agir de façon à respecter le mieux possible mes volontés.

Je souhaite exprimer spécialement un avis sur les situations suivantes

Événement grave imprévu (p. ex. accident, accident vasculaire cérébral ou infarctus du myocarde)

Si je perds ma capacité de discernement à la suite d'un événement grave imprévu et qu'il s'avère impossible ou improbable, après les premières mesures d'urgence et une appréciation médicale minutieuse, que je retrouve un jour ma capacité de discernement, je demande la renonciation à toutes les mesures qui n'ont pour effet qu'un allongement de la vie et des souffrances.

Oui

Non

Traitement de la douleur et des symptômes

- Je souhaite dans tous les cas le traitement efficace des douleurs et autres symptômes désagréables tels que l'angoisse, l'agitation, la détresse respiratoire ou les nausées. J'accepte également à cette fin un éventuel assourissement de ma conscience lié au traitement (sédation);

ou

- la conscience et la capacité de communication revêtent à mes yeux une plus grande importance qu'un soulagement optimal des douleurs et autres symptômes.

Hydratation et alimentation artificielles

J'autorise l'hydratation et l'alimentation artificielles permanentes (au moyen d'une sonde gastrique, d'une perfusion ou de la pose d'une sonde d'alimentation par voie chirurgicale).

- Oui
 Non

Si non:

J'autorise l'hydratation et l'alimentation artificielles temporaires, c'est-à-dire lorsqu'il peut être escompté que ces mesures soulagent mes souffrances ou que je pourrai à nouveau absorber des liquides et des aliments de façon normale ultérieurement, le cas échéant avec une aide.

- Oui
 Non

Réanimation en cas d'arrêt cardiovasculaire et/ou d'arrêt respiratoire

Je souhaite être réanimé(e).

- Oui
 Non

Remarques complémentaires:

Personne de confiance/représentant pour les affaires médicales

- Je n'ai pas désigné de personne de confiance.
- J'ai désigné la personne de confiance ci-après, que je mandate pour faire valoir mes volontés à l'égard de l'équipe soignante. Cette personne doit être informée de mon état et impliquée dans la prise de décision, elle peut consulter mon dossier médical et je décharge l'ensemble des médecins et des membres du personnel infirmier de l'obligation de garder le secret à son égard.

Nom, prénom:

Adresse NPA/localité:

Téléphone:

Téléphone mobile:

E-mail:

Si ma personne de confiance est injoignable ou si elle ne peut remplir cette fonction pour d'autres raisons, je désigne la personne suivante pour la remplacer:

Nom, prénom:

Adresse NPA/localité:

Téléphone:

Téléphone mobile:

E-mail:

J'ai informé la personne de confiance des directives anticipées.

Instructions particulières en cas de décès

Don d'organes

Je souhaite donner mes organes et j'autorise le prélèvement de l'ensemble des organes, tissus et cellules ainsi que la mise en œuvre des mesures médicales préparatoires nécessaires en vue du don d'organes.

J'autorise uniquement le prélèvement de:

Je ne souhaite pas être donneur/donneuse.

Autopsie

J'autorise la réalisation d'une autopsie.

Je n'autorise pas la réalisation d'une autopsie.

Je laisse la décision à ma personne de confiance.

J'ai conscience que la rédaction de directives anticipées est une démarche volontaire et que je peux révoquer ou modifier ces directives à tout moment aussi longtemps que je suis capable de discernement.

Lieu/date:

Signature:

Remarque: conservez vos directives anticipées de façon à ce qu'elles soient trouvées en cas de besoin.