

Directives anticipées

/ Mes coordonnées

Prénom, nom :

Rue, n° :

NPA, lieu :

Date de naissance :

Je prends des dispositions pour le cas où je ne serais plus en mesure de prendre moi-même des décisions, que ce soit en raison d'un accident, d'une maladie grave ou d'une démence.

/ Représentant-e thérapeutique pour les questions d'ordre médical

J'autorise

Prénom, nom :

Rue, n° :

NPA, lieu :

Date de naissance :

Tél. :

Téléphone portable :

E-mail :

Notre lien :

à prendre à ma place toutes les décisions concernant des mesures médicales et/ou de soins. Je libère les médecins traitants et le personnel soignant du secret professionnel envers la personne susmentionnée.

Si la personne chargée de me représenter n'est pas joignable ou n'est pas en mesure d'assumer cette tâche pour une autre raison, je désigne la personne de remplacement suivante :

/ Personne de remplacement pour les questions d'ordre médical

Prénom, nom :

Rue, n° :

NPA, lieu :

Date de naissance :

Tél. :

Téléphone portable :

E-mail :

Notre lien :

Votre rapport à la vie et à la mort

Ces questions concernant le rapport à la vie et à la mort ont été élaborées par Advance Care Planning – ACP Swiss.

Motif de la discussion

Pourquoi souhaitez-vous établir des directives anticipées ? Quel est votre objectif ?

Quel est votre état de santé ?

Êtes-vous actuellement malade ? Quels sont les éventuels changements auxquels vous pouvez vous attendre en matière de santé ? Est-ce que votre médecin de famille vous a fourni des informations à ce sujet ?

Quel est votre attachement à la vie ?

Compte tenu de votre état de santé actuel, dans quelle mesure tenez-vous à vivre le plus longtemps possible ?

Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit lorsque vous pensez à la mort ?

Si je vous disais que vous alliez vous endormir paisiblement ce soir pour ne plus vous réveiller demain, quelle serait votre réaction ?

Acceptez-vous qu'un traitement médical contribue à prolonger votre vie si votre situation se dégrade ? Quelle est votre expérience concernant les mesures de maintien en vie ?

Que seriez-vous prêt-e à accepter pour vivre plus longtemps ?

Y a-t-il des scénarios dans lesquels vous souhaitez renoncer à des mesures de maintien en vie ?

Qu'est-ce qui vous préoccupe ou vous fait peur lorsque vous pensez à de futurs traitements médicaux ?

Qu'est-ce que vous voulez éviter à tout prix ?

Quelles convictions personnelles vous guident dans la vie (au niveau spirituel, religieux, culturel) ?

Qu'est-ce qui vous aide à vous sentir mieux dans les situations difficiles ?

Traitements médicaux

Objectif thérapeutique général

Je souhaite que des mesures médicales soient prises pour me maintenir en vie, quelle que soit la situation et à n'importe quel prix.

Je suis atteint-e d'une maladie incurable.

Oui Non Nom de la maladie :

Si je suis victime d'un arrêt cardiorespiratoire et/ou d'un arrêt cardiaque, je tiens à être réanimé-e.

Oui Non

Motif de ma décision :

Je souhaite que les mesures médicales servent à favoriser mon bien-être et à alléger mes souffrances. Mon objectif thérapeutique ne consiste pas en premier lieu à me maintenir en vie à tout prix. J'accepte que ma vie puisse être écourtée par le renoncement à certains traitements médicaux.

Motif de ma décision :

Je peux perdre ma capacité de discernement en raison d'un accident ou d'une maladie, comme un AVC ou une forme de démence. Après les premiers soins d'urgence et un examen médical approfondi, il se peut que je ne recouvre pas ma capacité de discernement. **Je ne suis dès lors plus capable de discernement.** Dans ce cas, je souhaite

> que les médecins renoncent à toute intervention invasive (p. ex. opération, intubation) et tout traitement de maintien en vie s'ils estiment que ces mesures ne permettent pas d'alléger mes souffrances de manière significative.

D'accord Pas d'accord

Motif de ma décision :

> recevoir, en cas de fortes douleurs, un traitement éprouvé pour alléger mes souffrances. J'accepte que ce traitement entraîne un état de conscience altéré et réduise le temps qu'il me reste à vivre.

D'accord

Pas d'accord

Motif de ma décision :

> recevoir, si je ne suis plus en mesure d'absorber de la nourriture ou des liquides par voie naturelle, un apport artificiel **temporaire** d'aliments (p.ex. au moyen d'une sonde gastrique, d'une perfusion intraveineuse ou d'une sonde d'alimentation fixée à la paroi abdominale) afin de préserver ma qualité de vie.

D'accord

Pas d'accord

Motif de ma décision :

> qu'on renonce à m'administrer **à long terme** une alimentation artificielle (p.ex. au moyen d'une sonde gastrique ou d'une perfusion) si je ne suis plus en mesure de boire ou de manger.

D'accord

Pas d'accord

Motif de ma décision :

/ Mes directives anticipées précisent que je refuse qu'on prenne des mesures pour me maintenir en vie

Si je suis atteint-e d'une forme de démence à un stade avancé avec incapacité de discernement permanente et que je présente un comportement pouvant être interprété comme une volonté de vivre, je souhaite que :

ma personne de confiance puisse modifier les dispositions que j'ai définies.

les dispositions que j'ai définies soient appliquées.

/ Mes directives anticipées précisent que je souhaite qu'on prenne des mesures pour me maintenir en vie

Si je suis atteint-e d'une forme de démence à un stade avancé avec incapacité de discernement permanente et que je présente un comportement pouvant être interprété comme une volonté de mourir, je souhaite que :

ma personne de confiance puisse prendre une décision contraire aux dispositions que j'ai définies compte tenu des circonstances.

les dispositions que j'ai définies soient appliquées.

Assistance spirituelle et accompagnement en fin de vie

Mes souhaits :

Don d'organes et autopsie

J'autorise l'autopsie de mon corps après ma mort.

Oui Non

J'autorise le prélèvement de mes organes après ma mort :

> pour un don d'organes : oui non

> à des fins médicales : oui non

Inhumation et obsèques

Je souhaite

une crémation un enterrement des obsèques
 une tombe conventionnelle une tombe familiale une tombe commune
 un service funèbre autre

Lieu, date :

Signature :
