

## Directives anticipées | Version détaillée

### Etablies par

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Domicile \_\_\_\_\_

### 1. 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 en mesure d'exprimer ma volonté suite à une maladie ou à un accident. Les directives s'appliquent:

- ☐ dans toutes les situations dans lesquelles je suis incapable de discernement et qui exigent la prise de décisions thérapeutiques; c'est-à-dire en cas d'événements aigus susceptibles de survenir, tels qu'un infarctus, une attaque cérébrale, un accident, mais aussi en cas de maladie chronique à un stade avancé;

ou

- ☐ \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 2. Ma motivation et mes valeurs personnelles

Après mûre réflexion, je décris ci-après ma motivation et mes valeurs personnelles afin de faciliter les prises de décision des personnes qui me soignent si d'éventuelles difficultés d'interprétation se présentaient.

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

- ☐ (description éven.) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- ☐ Pas de situation particulière, mais j'aimerais anticiper une situation dans laquelle je ne serais plus capable de discernement.

**Par les présentes directives anticipées, j'aimerais avant tout obtenir...**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>... qu'on épuise les possibilités médicales pour me maintenir en vie. Mes souffrances doivent être allégées dans la mesure du possible. Mais je suis prêt-e à accepter les contraintes liées à mon souhait d'être maintenu-e en vie.</p> <p><input type="checkbox"/> C'est particulièrement vrai pour moi.</p> | ou | <p>... que les traitements médicaux servent avant tout à alléger mes souffrances. Pour moi, il n'est pas prioritaire de prolonger ma vie à tout prix. Je suis prêt-e à accepter que le fait de renoncer à certains traitements médicaux puisse abrégé ma vie.</p> <p><input type="checkbox"/> C'est particulièrement vrai pour moi.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Description de la motivation à la base des présentes directives anticipées avec mes propres mots:**

---

---

---

**Ma situation actuelle:**

---

---

---

**Mon attitude face à la vie:**

---

---

---

**Mes expériences, mon attitude et mes craintes concernant la maladie, la fin de vie et la mort:**

---

---

---

**Ce que j'entends par qualité de vie, les dépendances et limitations que je peux difficilement accepter:**

---

---

---

**Les convictions personnelles et/ou religieuses qui guident ma vie:**

---

---

---

☐ Je souhaite un accompagnement spirituel, je fais partie de la communauté religieuse suivante:

---

☐ Je ne souhaite pas d'accompagnement spirituel.

### 3. Explications concernant les objectifs thérapeutiques et certaines mesures médicales

Pour rédiger les présentes directives, j'ai été conseillé-e par

☐ mon médecin traitant, le Dr \_\_\_\_\_

☐ ou \_\_\_\_\_

☐ Je ne souhaite pas m'exprimer en détail sur les mesures médicales mais je demande à l'équipe soignante d'agir de façon à répondre le mieux possible à ma volonté (cf. chiffre 2, «Ma motivation et mes valeurs personnelles»).

☐ Je souhaite m'exprimer spécifiquement sur les situations suivantes (cf. les différents choix I - IV).

#### I Événement aigu inattendu (p. ex. accident, attaque cérébrale, infarctus)

Si je deviens incapable de discernement à la suite d'un événement aigu inattendu et si, après l'introduction des premières mesures d'urgence et un examen médical approfondi, il s'avère impossible ou improbable que je recouvre ma capacité de discernement, j'exige

☐ que l'on renonce à toutes les mesures qui n'auront pour seule conséquence que de prolonger ma vie et mes souffrances.

☐ que tout ce qui est médicalement indiqué soit entrepris malgré le mauvais pronostic.

#### II Traitement de la douleur et des symptômes

☐ Je désire en tous les cas que l'on soigne activement mes douleurs et tous les autres symptômes accablants tels que la peur, l'agitation, la détresse respiratoire et les nausées; j'accepte donc, le cas échéant, une perte de conscience momentanée (sédation) due à la thérapie.

ou

☐ Un état de vigilance et la capacité de communiquer sont pour moi plus importants que le soulagement des douleurs et d'autres symptômes.

#### III Alimentation artificielle

J'autorise l'apport *continu* de liquides et d'aliments (au moyen d'une sonde gastrique, d'une perfusion, d'une pose chirurgicale ou d'une sonde nutritive).

☐ oui ☐ non

En cas de réponse négative

J'autorise *momentanément* l'apport artificiel de liquides et d'aliments, pour autant qu'on puisse s'attendre à ce que mes souffrances soient allégées ou que je sois par la suite à nouveau en mesure de m'alimenter et de me désaltérer par voie normale, éventuellement avec l'aide d'une tierce personne.

☐ oui ☐ non

#### IV Réanimation en cas d'arrêt cardiocirculatoire et/ou respiratoire

Je souhaite être réanimé-e.

☐ oui ☐ non

Remarques complémentaires:

---

---

---

---

#### 4. Personne de confiance / représentant thérapeutique

- ☐ J'ai nommé le représentant thérapeutique suivant et je l'autorise à faire valoir ma volonté face à l'équipe soignante. Cette personne doit être informée de mon état de santé et intégrée dans les prises de décision; je l'autorise à consulter mon dossier médical. Je délègue les médecins et le personnel soignant de l'obligation de garder le secret envers elle.

Nom, prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
NPA/lieu \_\_\_\_\_  
Téléphone privé \_\_\_\_\_ prof. \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

Si mon représentant thérapeutique ne peut pas être contacté ou qu'il ne peut pas assumer cette tâche pour d'autres raisons, je désigne la personne suivante pour le remplacer:

Nom, prénom \_\_\_\_\_

- ☐ J'ai informé mon représentant thérapeutique de l'existence de mes directives anticipées.

Nom, prénom du médecin traitant \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
NPA/lieu \_\_\_\_\_  
Téléphone privé \_\_\_\_\_ prof. \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

- ☐ J'ai informé mon médecin traitant de l'existence de mes directives anticipées.

#### 5. Directives particulières en cas de décès

##### Don d'organes

- ☐ Je souhaite faire don de mes organes et j'autorise le prélèvement de tous les organes, tissus et cellules de mon corps ainsi que l'application des mesures médicales préliminaires, nécessaires en vue d'un don d'organes. Si pour cela des mesures de médecine intensive sont nécessaires, je les autorise.
- ☐ J'autorise uniquement le prélèvement de \_\_\_\_\_
- ☐ Je ne souhaite pas faire don de mes organes.

##### Autopsie: j'autorise une autopsie

- ☐ oui ☐ non ☐ je laisse la décision à mon représentant thérapeutique

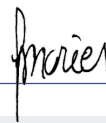
J'ai été informé-e que la rédaction de directives anticipées est un acte volontaire et que je peux en tout temps les révoquer ou les modifier tant que je suis capable de discernement.

J'ai rédigé des directives séparées en complément aux présentes directives:

- ☐ non ☐ oui, à savoir \_\_\_\_\_

Lieu, date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_



**Remarques:** veuillez conserver vos directives anticipées de manière à ce qu'on puisse les trouver au moment opportun. Vous pouvez en confier une copie à votre médecin traitant. **Ne** les envoyez **pas** à la FMH/ASSM. Vous trouverez les directives de l'ASSM relatives aux directives anticipées sous [www.samw.ch](http://www.samw.ch) et de plus amples informations sur les directives anticipées sur le site [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) > Directives anticipées.