

Directives anticipées

Nom, prénom _____

Date de naissance _____ Domicile _____

Pour le cas où je deviendrais incapable de discernement, j'aimerais

- Que l'on prenne toutes les mesures médicalement indiquées (y c. la réanimation) pour traiter la maladie aiguë dont je souffre et me permettre de recouvrer ma capacité de discernement;
- Ne pas être réanimée et qu'aucune mesure de médecine intensive (en particulier respiration artificielle) ne soit réalisée;
- Ne pas être réanimée, mais suis d'accord pour une prise en charge en soins intensifs.

Si, après examen médical approfondi, il s'avère impossible ou improbable que je recouvre ma capacité de discernement et que le risque de dépendance à long terme est élevé, je désire

- Que l'on prenne toutes les mesures nécessaires à prolonger ma vie dans la mesure où il y a toujours un espoir
- Que je recouvre ma capacité de discernement
- Qu'on renonce à toute mesure visant à prolonger ma vie.
- 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'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 délie les médecins et le personnel soignant de l'obligation de garder le secret envers elle.

Nom, prénom _____

Adresse _____ NPA/localité _____

Téléphone privé _____ Portable _____ Mail _____

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

Nom, prénom du médecin traitant _____

Adresse _____ NPA/localité _____

Téléphone Prof _____ Portable _____ Mail _____

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

- JE NE SOUHAITE PAS ETABLIR DE DIRECIVES ANTICIPEES**

Lieu, date

Signature