

## Directives anticipées | Version courte

### Etablies par

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;

ou

ne pas être réanimé-e et qu'aucune mesure de médecine intensive (en particulier respiration artificielle) ne soit réalisée;

ou

ne pas être réanimé-e, 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 \_\_\_\_\_ 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/localité \_\_\_\_\_

Téléphone privé \_\_\_\_\_ prof. \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

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

### 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 du 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.

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*.