

# Directives anticipées

Toute personne capable de discernement a le droit de rédiger des directives anticipées.

Nous vous conseillons de remettre une copie des directives anticipées à votre médecin de famille, à vos personnes de confiance, et, dans le cas où vous résidez dans une maison de retraite, à la direction de la maison de retraite. En outre, nous vous recommandons de conserver dans votre porte-monnaie un document mentionnant l'existence de directives anticipées, l'endroit où elles sont conservées ainsi que le nom de la/des personne/s qui vous représente/nt.

Le formulaire des directives anticipées doit mentionner la date de la rédaction et la signature de la personne concernée. Il est recommandé d'actualiser le formulaire des directives anticipées tous les deux ans (date et signature).

Toute modification des directives anticipées entraîne une nouvelle rédaction de ces dernières.

Je, soussigné/e, ....., né/e le ....., à .....  
originaire de ....., résidant à .....

en pleine possession de mes capacités intellectuelles, déclare que, dans le cas d'une incapacité de discernement m'empêchant d'exprimer ma volonté suite à une maladie ou à un accident, les directives suivantes s'appliquent.

En cas d'accident ou de maladie grave imprévue, les personnes suivantes doivent être informées :

- Nom, prénom : ..... Adresse : .....  
Téléphone : ..... E-mail : .....
- Nom, prénom : ..... Adresse : .....  
Téléphone : ..... E-mail : .....
- Nom, prénom : ..... Adresse : .....  
Téléphone : ..... E-mail : .....

## Secret médical

Je délie tous les médecins et personnels soignants de l'obligation de garder le secret professionnel et les autorise à informer de manière exhaustive les personnes suivantes sur mon état de santé et sur les traitements et soins médicaux qui me sont prodigués :

- Nom, prénom : ..... Adresse : .....  
Date de naissance : ..... Tél. : ..... Mobile : .....
- Nom, prénom : ..... Adresse : .....  
Date de naissance : ..... Tél. : ..... Mobile : .....
- Nom, prénom : ..... Adresse : .....  
Date de naissance : ..... Tél. : ..... Mobile : .....

## Représentation

En cas d'incapacité de discernement, j'autorise la personne suivante à s'entretenir avec les médecins et le personnel soignant sur les traitements et soins médicaux qui me sont prodigués et à prendre, à cet égard, les décisions à ma place :

Nom, prénom : ..... Adresse : .....  
Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Si le/la représentant/e n'est pas joignable ou pour quelque raison que se soit, ne peut pas s'acquitter de cette obligation, je désigne la personne suivante pour le/la remplacer:

Nom, prénom : ..... Adresse : .....  
Date de naissance : ..... Téléphone : .....

**Dispositions relatives aux décisions médicales**

Si mon cerveau est durablement endommagé, s'il s'avère que je n'ai plus mes facultés mentales, ou si d'autres fonctions corporelles vitales sont compromises, je dispose ce qui suit :

- Mesures de réanimation à la suite d'un arrêt cardiocirculatoire ou respiratoire. Oui  Non
- Apport artificiel d'aliments. Oui  Non
- Respiration artificielle (ventilation mécanique). Oui  Non
- Je désire un traitement efficace contre les douleurs ou la nausée. Oui  Non
- Je préfère être dans la capacité de communiquer et je renonce donc à un traitement efficace contre les douleurs et autres symptômes. Oui  Non

**Don d'organes**

En cas de décès, j'autorise le prélèvement d'organes Non

**Accompagnement à la mort, lieu du décès**

Je suis de confession ..... je souhaite être accompagné/e par un prêtre/pasteur de ma confession. Oui  Non

Je souhaite, dans la mesure du raisonnable pour mes proches, mourir chez moi. Oui  Non

Pour garantir des soins et une assistance palliative professionnels je préfère être soigné/e à l'hôpital ou dans une maison de retraite. Oui  Non

**Après mon décès**

Après mon décès, je désire être **enterré/e (et non incinéré/e)** Oui

Je désire être enterré/e au cimetière de .....

**Autres points qui me sont importants :**

.....

.....

.....

.....

.....

Lieu et date : .....

Signature : .....