FMH

SAMWASSM
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

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.

(Suite au verso)

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* et de plus amples informations sur les directives anticipées sur le site *www.fmh.ch* > *Directives anticipées*.