

DIRECTIVES ANTICIPEES

Etablir des directives anticipées, c'est prendre librement des décisions qui touchent votre fin de vie. Prenez tout votre temps. Sachez que les médecins et les équipes soignantes de l'Hôpital Privé de Parly 2 sont là pour vous assister et vous conseiller.

Un livret est à votre disposition pour plus de détails sur les différentes décisions médicales qui pourraient survenir et qui sont citées ci-dessous.

I. Données personnelles

Madame

Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de Naissance :

Adresse :

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre 1er du code civil :

- J'ai l'autorisation du juge Oui Non

- du conseil de famille Oui Non

Veillez joindre la copie de l'autorisation.

II. Personne de confiance

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

Je donne procuration à la personne de confiance pour faire valoir et respecter les décisions contenues dans les présentes directives anticipées face à l'équipe médicale.

Madame

Nom :

Monsieur

Prénom :

Lien :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Email :



En cas d'indisponibilité ou de disparition de la personne de confiance, je désigne ci-dessous une seconde personne de confiance :

Madame

Nom :

Monsieur

Prénom :

Lien :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Email :

III. Dispositions relatives aux décisions médicales

A. Situations médicales auxquelles ces dispositions sont applicables

Veillez cocher une case ci-dessous :

- Les dispositions énoncées ci-après sont applicables de manière générale dans toutes les situations où je serais incapable d'exprimer ma volonté (quelle qu'en soit la cause).
- Les dispositions énoncées ci-après ne sont applicables que dans les situations suivantes (vous pouvez citer plusieurs situations):

B. Mesures de réanimation en cas d'arrêt cardiorespiratoire

Veillez cocher une case ci-dessous :

- Je souhaite une réanimation dans toute situation, même si le pronostic est défavorable. Exemple : maladie ou affection incurable préexistante présentant un risque vital.
- Je souhaite une réanimation uniquement en cas de pronostic favorable. Exemple : arrêt cardiorespiratoire survenue à l'hôpital ou dans le cadre d'un examen diagnostique ou d'une opération, en cas de trouble soudain du rythme cardiaque ou de bon état général antérieur, etc.
- Je suis contre toute tentative de réanimation.

C. Objectif du traitement

Si les chances de rétablissement sont faibles, les mesures médicales devront suivre la ligne directrice ci-après, veuillez cocher une case ci-dessous :

- J'autorise toutes les mesures médicales requises pour me maintenir en vie même artificiellement ou à guérir ainsi qu'à atténuer les symptômes. J'assume les contraintes ou handicaps durables qui pourraient en découler. Je souhaite que toutes les mesures possibles en vue de me maintenir en vie soient épuisées. Cet objectif thérapeutique inclut le traitement de douleurs et de symptômes handicapants.

Si un doute surgit quant à l'opportunité de recourir à une mesure médicale, il y a lieu de prendre contact avec la personne de confiance.

- Je souhaite uniquement les mesures médicales destinées à atténuer les souffrances, mais pas à maintenir en vie (soins palliatifs): J'autorise l'administration de médicaments dans le but d'atténuer les douleurs et les troubles tels que détresse respiratoire, angoisse, agitation ou nausées. Je n'accepte l'usage d'antibiotiques que dans un objectif d'atténuation de la douleur et des symptômes. Les médicaments peuvent aussi m'être administrés par voie intraveineuse. J'autorise l'administration d'oxygène, l'aspiration et les mesures manuelles en cas de troubles respiratoires. J'autorise d'autres mesures visant à atténuer mes souffrances: positionnement, soin des plaies, etc.

Si des mesures dérogeant à cet objectif ont été engagées, elles doivent être réévaluées à la lumière de ces directives anticipées et, le cas échéant, être stoppées, sauf si elles sont nécessaires pour soulager la douleur et atténuer les symptômes.

Autres indications : (vous pouvez cocher aucune, une ou les deux cases)

- De manière générale, un séjour en soins intensifs doit être évité.
- Si les soins palliatifs ne peuvent être prodigués dans mon lieu de vie habituel, je souhaite une admission dans une institution (établissement médico-social, établissement de soins palliatifs).

D. Acceptation/refus de diverses mesures médicales de maintien de la vie pour le cas où mes chances de rétablissement seraient faibles

Médications	Oui	Non	Sans avis
<i>Médicaments destinés au traitement d'affections préexistantes, de nouvelles maladies ou de complications</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Antibiotiques pour le traitement d'une infection aiguë</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Médicaments sédatifs en cas de symptômes incontrôlables tels que détresse respiratoire ou douleurs</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hydratation et alimentation artificielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Si oui,

A court terme, dans la perspective de pouvoir plus tard m'hydrater et m'alimenter à nouveau normalement (jusqu'à un mois)

A long terme (plus d'un mois)

Ventilation mécanique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Si oui,

Ventilation avec intubation

Ventilation non invasive

Pour une durée :

indéterminée

Jusqu'à un mois

Jusqu'à 24 heures

Ne se prononce pas

Dialyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
----------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Si oui,

Pendant plus d'un mois

Pendant moins d'un mois

Ne se prononce pas

Autres	Oui	Non	Sans avis
<i>Chimiothérapie, radiothérapie, etc.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Interventions chirurgicales</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Transfusions sanguines</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E. Dispositions spécifiques en cas de pathologies préexistantes**F. Autres indications concernant les soins, l'accompagnement et l'assistance psychosociale**

Les aspects qui me tiennent à cœur en matière de soins et d'accompagnement :

Aspect spirituel et/ou religieux :



IV. Autres dispositions

Dons d'organe

J'interdis tout prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules.
 En cas de décès, j'autorise le prélèvement de tous mes organes, tissus ou cellules,
ainsi que

l'application des mesures préparatoires requises

En cas de décès, j'autorise le prélèvement des organes spécifiés ci-après, ainsi que
l'application

des mesures préparatoires requises:

- | | | |
|---|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cœur | <input type="checkbox"/> Reins | <input type="checkbox"/> Cornée |
| <input type="checkbox"/> Poumons | <input type="checkbox"/> Foie | <input type="checkbox"/> Pancréas |
| <input type="checkbox"/> Intestin grêle | <input type="checkbox"/> Peau | <input type="checkbox"/> Autres tissus et cellules |

Autopsie médicales

- J'autorise l'autopsie de mon corps
- J'interdis l'autopsie de mon corps
- J'autorise l'autopsie de mon corps en cas de décès inattendu
- La décision appartient à la personne de confiance désignée

V. Date et signature

La personne de confiance est prévenue de son rôle et de l'existence de ses directives anticipées et de leur lieu de dépôt : oui Non

De par ma signature, je confirme le caractère contraignant des volontés exprimées dans le présent document concernant ma vie, mes souffrances et ma mort. Ces décisions ont une durée de validité illimitée et peuvent être révoquée à tout moment.

Date :

Signature :

Lieu :