

Le Formulaire que vous tenez entre les mains a pour but de vous encourager à réfléchir aux questions essentielles auxquelles vous serez amené à répondre si un jour vous avez une maladie incurable et lors de la dernière phase de votre existence et à en discuter avec vos proches. En remplissant ce formulaire, **Vos directives anticipées**, vous définissez les décisions qui devront être prises au cas où vous ne seriez plus en mesure de le faire vous-même.

Vous pouvez imprimer cette page, y réfléchir et éventuellement la remplir.

Directives anticipées

en cas de fin de vie ou d'inconscience définitive
Formulaire consignnant mes volontés

Pour remplir le document, merci de respecter les points suivants:

Mettez une croix dans la case correspondante. Complétez le formulaire à la main et en caractères d'imprimerie.

Il est possible que vous ne souhaitiez pas compléter toutes les rubriques tout de suite. Si vous apportez des compléments ou des modifications par la suite, n'oubliez pas de noter à la fin du document la date de la mise à jour et d'apposer votre signature.

Je, soussigné.....

, après mûre réflexion et en pleine possession de mes facultés mentales – c'est-à-dire de ma capacité de discernement, je fais part ci-après de mes volontés pour le cas où je ne serais plus en mesure de les exprimer.

Prénom...../

Nom

Rue

Ville.....

Date de naissance

Commune d'origine

Destinataires

Personnes de confiance

Au cas où je ne serais plus en mesure de faire part de mes volontés, je souhaite que les personnes suivantes (je mentionne aussi nommément les membres de ma famille) soient prévenues le plus tôt possible dans l'ordre indiqué. Je note tout spécialement ici les arrangements particuliers que j'aurais pu conclure avec quelqu'un (mandat/autorisation).

Je délègue les médecins traitants et le personnel soignant, du secret professionnel uniquement vis-à-vis des personnes mentionnées ci-après. Dans l'éventualité où je ne serais plus en mesure de prendre moi-même les décisions nécessaires, j'autorise ces personnes à le faire à ma place en se conformant aux présentes directives. L'équipe médicale est tenue de les informer de mon état réel et de les associer aux décisions concernant mon traitement et mes soins.

Première personne de confiance

Nom:

Prénom

Adresse

Téléphone

/Fax et Courriel

Deuxième personne de confiance

Nom:

Prénom

Adresse

Téléphone

/Fax et Courriel

Troisième personne de confiance

Nom:

Prénom

Adresse

Téléphone

/Fax et Courriel

Arrangements éventuels, en cas de divergence sur une décision à prendre à mon sujet, entre les personnes listées ci-après (*rayez la mention inutile*)

Option 1: J'autorise l'équipe médicale à prendre les décisions à ma place en respectant les présentes directives anti- cipées.

Option 2. C'est l'avis de la personne mentionnée en premier qui sera pris en compte.

Personnes indésirables

Je souhaite que les personnes suivantes, ne puissent en aucun cas exercer la moindre influence sur les décisions qui me concernent:

et ne soient pas autorisées à me rendre visite. (*rayez éventuellement cette ligne en cas de désaccord*)

Nom

Prénom.....

Adresse

Nom

Prénom.....

Adresse

Remarques

Médecins et personnel soignant

Ces directives anticipées expriment ce que j'attends des médecins et du personnel soignant; elles ont un caractère contraignant.

Les progrès de la médecine ont permis d'améliorer l'espérance de vie et la qualité de vie. Les possibilités thérapeutiques modernes peuvent toutefois aussi engendrer des situations problématiques. En tant que personne autonome et capable de discernement, j'ai le droit de renoncer aux mesures médicales et aux soins qui ne me paraissent pas souhaitables; à l'inverse, je peux réclamer ces mesures, pour autant qu'elles soient médicalement indiquées. J'exige par conséquent que mes volontés soient respectées.

Je souhaite que les médecins soutiennent les personnes désignées par mes soins dans l'application des décisions qui figurent dans les présentes dispositions. L'équipe médicale est également priée d'associer ces personnes au processus de décision au cas où les présentes directives anticipées devraient être interprétées par rapport à la situation concrète.

Mes valeurs

Vivre, pour moi, c'est

Avoir une bonne qualité de vie, pour moi, c'est

Pour moi, les relations avec les autres sont

Je crois à

Mon corps, pour moi, c'est

Habitudes de vie importantes pour moi

Habitudes alimentaires

Par rapport à ma maladie, j'éprouve les craintes suivantes

Souffrir, pour moi, c'est

Mourir, pour moi, c'est

Directives anticipées

Si vous souhaitez répondre à certaines questions avant d'autres, vous pouvez noter la date où vous aurez complété les différentes rubriques dans la table des matières au début de ce document. N'oubliez pas de noter la date de la mise à jour à la fin du document

Les présentes directives s'appliquent au cas où je ne serais plus en mesure de faire part de mes volontés; elles précisent ce que j'attends de l'équipe médicale.

1 / Douleurs (cochez la case)

Variante A. Je souhaite que mes douleurs soient traitées conformément aux possibilités de la médecine palliative moderne. Au cas où mes douleurs répondraient insuffisamment ou pas du tout à un traitement analgésique, je souhaite que des médicaments tranquillisants me soient administrés de façon à ne plus les ressentir.

Variante B. Je tiens à conserver le plus possible des périodes de lucidité. Je souhaite qu'on m'administre des médicaments tranquillisants uniquement pour rendre mon état supportable.

Variante C. Je tiens à conserver le plus possible des périodes de lucidité. Comme dans la variante B, mais si

la situation se prolonge je souhaite , revenir à la variante A, et souhaite alors que des médicaments tranquillisants me soient administrés de façon à ne plus ressentir ces douleurs

Autres symptômes (cochez la case)

Variante A Au cas ou j'aurais des symptômes extrêmement pénibles (difficultés respiratoires, nausées et vomissements, agitation, etc.) qui ne répondraient à aucun traitement, je souhaite que des médicaments tranquillisants me soient administrés de façon à ne plus les ressentir.

Variante B Je tiens à conserver le plus possible des périodes de lucidité. Je souhaite qu'on m'administre des analgésiques et des tranquillisants uniquement pour rendre mon état supportable.

Variante C Je tiens à conserver le plus possible des périodes de lucidité. Comme dans la variant B, mais si la situation se prolonge je souhaite , revenir à la variante A, et souhaite alors que des médicaments tranquillisants me soient administrés de façon à ne plus ressentir ces symptômes extrêmement pénibles.

Instructions particulières

.....
.....

2/ Alimentation

Le droit à l'alimentation (aliments solides et liquides) est un droit humain. Chacun a toutefois aussi la liberté de refuser de manger et/ou de boire.

Autonomie et compléments alimentaires

- Si je ne peux plus m'alimenter seul en raison d'une mobilité restreinte et que j'éprouve encore le désir de manger, je souhaite qu'on m'assiste pour prendre mes repas. Mais....

(cochez la case)

Je refuse de recevoir des compléments alimentaires (p. ex. vitamines, boissons énergétiques, etc.).

Je souhaite recevoir des compléments alimentaires (p. ex. vitamines, boissons énergétiques, etc.).

Je souhaite qu'on accepte un refus de manger de ma part.

Alimentation artificielle

L'alimentation artificielle peut se faire de trois manières différentes:

par sonde nasogastrique (tuyau flexible insérée dans l'estomac par le nez)

par sonde gastrique percutanée PEG (à travers la paroi abdominale)

par perfusion (sans passer par les voies digestives)

Alimentation par sonde nasogastrique (cochez la case)

Variante A Au cas ou je ne pourrais plus absorber une quantité suffisante de nourriture par voie naturelle, je souhaite être alimenté par sonde nasogastrique et ce même si je me trouve dans la phase terminale de ma vie.

Variante B Je refuse d'être alimenté par sonde nasogastrique, même si cela abrège ma vie et ce même si je me trouve dans la phase terminale de ma vie. Le cas échéant, la prise en charge se limitera aux soins de bouche, de la peau et des muqueuses.

Variante C Je laisse aux médecins le soin de décider de la nécessité de me nourrir artificiellement et de choisir le mode d'administration en fonction de la phase de la maladie et de la situation.

•

Alimentation par sonde gastrique percutanée (PEG) (cochez une case)

Variante A Au cas ou je ne pourrais plus absorber une quantité suffisante de nourriture par voie naturelle, je souhaite être alimenté par sonde gastrique percutanée.

Variante B Je refuse d'être alimenté par sonde gastrique percutanée, même si cela abrège ma vie et ce même si je me trouve dans la phase terminale de ma vie. Le cas échéant, la prise en charge se limitera aux soins de bouche, de la peau et des muqueuses.

Variante C Je laisse aux médecins le soin de décider de la nécessité de me nourrir artificiellement et de choisir le mode d'administration en fonction de la phase de la maladie et de la situation.

Alimentation par perfusion (p. ex. par voie intraveineuse) (cochez la case)

Variante A : Au cas ou je ne pourrais plus absorber une quantité suffisante de nourriture par voie naturelle, je souhaite être alimenté? par perfusion pour autant que cela soit médicalement indiqué et ce même si je me trouve dans la phase terminale de ma vie.

Variante B : Je refuse d'être alimenté par perfusion, même si cela abrège ma vie et ce même si je me trouve dans la phase terminale de ma vie. Le cas échéant, la prise en charge se limitera aux soins de bouche, de la peau et des mu- queuses.

Variante C : Je laisse aux médecins le soin de décider de la nécessité de me nourrir artificiellement et de choisir le mode d'administration en fonction de la phase de la maladie et de la situation.

Instructions particulières

.....
.....

3 /Hydratation

Au cas ou je ne serais plus en mesure de boire: (cochez la case)

Je refuse qu'on m'administre des liquides par perfusion.

J'accepte qu'on m'administre des liquides par perfusion qui seront toutefois stoppés en cas d'œdèmes ou d'autres complications.

Je laisse aux médecins le soin de décider de m'hydrater ou non.

Instructions particulières

.....
.....

4/ Mesures en vue de prolonger la vie

Lorsque ma vie approchera de son terme, c'est-à-dire lorsqu'il faudra compter avec ma mort dans les quelques jours ou semaines à venir, je souhaite qu'on procède comme suit. (cochez la case)

Variante A Je souhaite exclusivement un traitement, des soins et un accompagnement palliatifs (soulagement des souffrances d'ordre physique, psychique, social et spirituel uniquement). Je ne désire pas qu'on m'administre un traitement susceptible de prolonger ma vie.

L'équipe médicale renonce à toutes les mesures diagnostiques et thérapeutiques qui visent explicitement à prolonger ma vie. Les mesures telles que respiration artificielle, substitution rénale (dialyse), médicaments pour stimuler la circulation sanguine, antibiotiques, transfusions sanguines et perfusions, médicaments en vue d'abaisser le taux de calcium sont suspendues.

Des mesures diagnostiques et thérapeutiques ne doivent être entreprises que pour assurer des soins palliatifs optimaux (soulagement des symptômes).

Variante B L'équipe médicale épuise toutes les possibilités à disposition pour prolonger ma vie, pour autant que celles-ci soient médicalement indiquées, même si ma mort est prévisible sous peu.

Instructions particulières

.....

.....

5/Réanimation (mesures d'urgence en vue de rétablir les fonctions vitales)

La réanimation est l'ensemble des mesures d'urgence prises immédiatement après un arrêt cardiovasculaire et/ou respiratoire avec perte de conscience. Elle vise à rétablir le plus rapidement possible les fonctions circulatoires et respiratoires vitales pour assurer un apport d'oxygène suffisant aux organes importants (en particulier le cerveau, le cœur et les reins).

Au stade avancé d'un cancer, les chances d'une réanimation réussie sont faibles. Même en cas de succès, l'ampleur

des séquelles durables (notamment les lésions cérébrales liées au manque d'oxygène) augmente avec l'âge et la dégradation de l'état général du patient.

La réanimation (cardiopulmonaire) comprend des mesures telles que massage cardiaque, défibrillation, intubation et respiration artificielle, ainsi que l'administration de médicaments destinés à stimuler la circulation sanguine. Si la réanimation échoue ou n'est pas entreprise, la mort du patient est inéluctable

En cas d'arrêt cardiovasculaire et/ou respiratoire ? (cochez la case)

- je souhaite être réanimé
- je ne souhaite pas être réanimé

Instructions particulières

.....

.....

6/ Hospitalisation (cochez la case)

Au cas où je ne serais plus en mesure de quitter le lit, ou je dépendrais de l'aide d'autrui et où je ne pourrais plus faire part de ma volonté, je souhaiterais être transféré dans un hôpital ou un lieu de soins adapté uniquement si on peut s'attendre à ce que mon hospitalisation améliore ma qualité de vie ou atténue des douleurs aiguës ou tout autre symptôme sévère.

Au cas où je ne serais plus en mesure de quitter le lit, ou je dépendrais de l'aide d'autrui et où je ne pourrais plus faire part de ma volonté, je souhaiterais être transféré à l'hôpital ou dans un lieu de soins adapté et ce dans tous les cas.

Instructions particulières

Lieu du décès

Dans la mesure du possible, je souhaite pouvoir mourir chez moi ou chez une personne qui m'est chère.

(cochez la case)

- Oui
- Non. Je préfère mourir dans une institution prévue à cet effet.

Si non, ma préférence est : (cochez la case)

- hôpital
- autre lieu
- unité de soins palliatifs en milieu hospitalier
- lieu spécialisé en soins palliatifs
- home

Instructions particulières

.....

.....

Accompagnement au cours de ma maladie (cochez éventuellement une ou plusieurs cases)

Dans mes derniers moments, je souhaite l'accompagnement de mon conseiller spirituel ou religieux.

Prénom/Nom

Adresse

Téléphone/Fax/Courriel

Arrangements éventuels

J'accepte également l'accompagnement d'un autre conseiller spirituel ou religieux.

Je ne veux pas d'accompagnement religieux et je ne souhaite pas recevoir la visite d'un conseiller spirituel ou religieux.

Je souhaite être accompagné dans mes derniers moments par la ou les personne(s) ci-dessous.

Prénom/Nom

Adresse

Téléphone/Fax/Courriel

Arrangements éventuels

7/Rites et pratiques religieuses (cochez une case)

Il est très important pour moi de pouvoir bénéficier à temps des rites et des pratiques religieuses prévus par ma religion/ma confession, à savoir:

Rites et pratiques:

Confession/religion:.....

IL n'est pas important pour moi de pouvoir bénéficier à temps des rites et des pratiques religieuses, je laisse ce choix à ma famille et à mes proches.

Je refuse absolument de participer à des rites ou à et des pratiques religieuses

8/ Participation à une étude clinique (Recherche médicale) (cochez éventuellement une case)

Variante A En cas d'incapacité de discernement, je refuse de participer à des projets de recherche.

Variante B En cas d'incapacité de discernement, je suis disposé à participer à des projets de recherche en rapport avec mon cancer, pour autant que ceux-ci ne puissent pas être réalisés sur des personnes capables de discernement. Ces projets pourront être réalisés ? selon l'appréciation du médecin, dans le respect des prescriptions légales uniquement avec l'accord des personnes mentionnées comme personnes de confiance.

Instructions particulières

.....
.....

9/Dispositions concernant mon corps , après mon décès .

Don d'organes

Je ne souhaite pas faire l'objet d'un prélèvement d'organes. ? Une fois la mort cérébrale constatée, mes organes peuvent être prélevés

sans restriction. ? Une fois la mort cérébrale constatée, mes organes peuvent être prélevés, à l'exception de:

Autopsie

L'autopsie consiste à ouvrir et à examiner le corps du défunt en vue d'établir les causes du décès. En cas

de mort suspecte, elle est obligatoirement pratiquée pour des raisons légales, même si le défunt n'y a pas consenti.

Après mon décès, je souhaite qu'on procède comme suit: *(cochez éventuellement une case)*

- Je refuse qu'on pratique une autopsie.
- Je souhaite qu'une autopsie soit pratiquée uniquement en cas de décès inattendu (mais non suspect).
- Je veux que les causes de mon décès soient établies dans tous les cas par le biais d'une autopsie.

Léguer mon corps à un institut d'anatomie. *(cochez éventuellement une case)*

- A ma mort, je lègue mon corps à la médecine sans aucune restriction.
- A ma mort, je lègue mon corps à la médecine uniquement pour des recherches liées à ma maladie.
- A ma mort, je refuse de léguer mon corps à la médecine.

Consultation de mon dossier médical après le décès *(cochez éventuellement une case)*

J'autorise les personnes suivantes à consulter mon dossier médical après ma mort:

Accès limité aux résultats de l'autopsie (le cas échéant), mais pas au dossier médical:

Prénom/Nom

Adresse

Prénom/Nom

Adresse

Accès illimité (dossier médical et résultats de l'autopsie):

Prénom/Nom

Adresse

Prénom/Nom

Adresse

Je n'autorise personne – sous réserve des dispositions légales applicables – à consulter mon dossier médical ni les résultats de l'autopsie.

Mon dossier médical peut être utilisé à des fins de recherche: (sous réserve des dispositions relatives à la protection des données)

Mon dossier médical ne peut pas être utilisé à des fins de recherche

Souhaits pour après mon décès

Obsèques

Je souhaite

- une crémation une urne ?
- un enterrement
- Une** cérémonie funèbre
- ? Je ne souhaite pas de cérémonie funèbre.
- ?

Autres éléments importants à mes yeux

Remerciements

Je remercie les médecins, le personnel soignant, mes proches et autres personnes concernées de respecter mes directives anticipées, en étant conscient des situations extrêmement difficiles et pesantes qui peuvent en résulter pour eux.

Annexes/

Documents importants et lieux de dépôt

.....

Documents joints éventuellement.

.....

.....

Liste des personnes à qui envoyer le faire-part de décès

Liste des journaux dans lesquels publier l'avis de décès ?

Nous vous conseillons de réexaminer régulièrement, vos directives, par exemple tous les deux ans ou lors de tout changement dans votre maladie ou votre vie. N'oubliez pas de les dater et de les signer à chaque fois!

Fait le à

Signature

Mises à jour

Lieu/date

Signature.....

Mises à jour

Lieu/date

Signature.....

*Conservez vos directives anticipées dans un endroit connu de vos proches.
En notant l'endroit où vous conservez vos documents importants, vous facilitez la tâche de vos proches.*