

DIRECTIVES DE SOINS

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

NPA : _____ Ville : _____

Dans le cas où je deviendrais incapable de discernement, j'aimerais (cocher une case) :

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

- 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 ;
- que l'on renonce à toute mesure visant à prolonger ma vie ;
- 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 : _____ Ville : _____

Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____ Tél. portable : _____

E-mail : _____

Je n'ai pas de représentant thérapeutique.

Le présent document est valable durant toute la durée de mon hospitalisation ayant débuté, le

Date : _____ Signature : _____