

Directives anticipées bâloises

Editeur: Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER | GGG Voluntas | Medizinische Gesellschaft Basel | Universitätsspital Basel



Nom, prénom

Date de naissance

Adresse actuelle

Rue, n°

NPA, localité

En pleine possession de mes capacités intellectuelles, je prends les dispositions suivantes pour le cas où je deviendrais incapable de discernement:

1. Motivation

Qu'est-ce qui m'incite à établir des directives anticipées? Y a-t-il un motif particulier?

2. Mon rapport à la vie et à la mort

Etablir des directives anticipées, c'est se confronter à de nombreuses questions existentielles. Quel est mon regard sur ma vie et sur ma mort? Quelles sont les éventuelles maladies dont je souffre? Quelle est mon expérience de la maladie et de la dépendance? Que signifie pour moi la notion de qualité de vie? Les valeurs et conceptions personnelles en termes de santé, de maladie et de mort sont des aides précieuses à la prise de décisions médicales.

3. Champ d'application des présentes directives

Veillez cocher ci-dessous la case «Oui» si vous êtes d'accord, la case «Non» si vous ne l'êtes pas et la case «Nd.» (= non disponible) si vous n'êtes pas en mesure de décider pour l'instant.

Les présentes directives anticipées s'appliquent dans les situations suivantes, si des décisions médicales doivent être prises alors que je ne suis ni en mesure d'exprimer ma volonté, ni en capacité de discernement :

	Oui	Non	Nd.*
1) Lorsque je suis en fin de vie et que la survenue de la mort est prévisible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, ma survie passe par un recours intensif à des moyens médico-techniques et qu'il n'y a aucun signe de rétablissement ou d'amélioration.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Si, du fait d'une lésion cérébrale grave et soudaine (liée par exemple à une hémorragie cérébrale, un AVC ou un accident) ou d'un processus irréversible de dégénérescence du cerveau (p. ex. démence de type Alzheimer), mes capacités de communication et de perception se trouvent gravement réduites.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Si, indépendamment des situations 1, 2 ou 3, des décisions médicales s'imposent lors d'un séjour hospitalier, par exemple en cas de complications graves.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Autres situations, remarques:

4. Objectif général des mesures médicales

Veillez choisir l'une des deux options ci-dessous:

a)

ou b)

Les mesures médicales doivent viser avant tout au maintien de ma vie. J'accepte les éventuelles contraintes qui pourraient résulter de la poursuite de cet objectif. Je ne souhaite mourir que lorsque toutes les possibilités médicales auront été épuisées.

Les mesures médicales doivent viser avant tout à favoriser mon bien-être et à atténuer mes souffrances. La priorité doit aller au traitement des symptômes (comme la douleur, la détresse respiratoire, l'agitation et l'angoisse). J'ai conscience que ce choix peut écourter ma vie.

Remarques supplémentaires ou commentaires:

* En l'absence d'indication dans les cases marquées par un astérisque, c'est à votre personne de confiance qu'il reviendra de décider sur la base de votre volonté présumée. Si vous n'avez pas désigné de personne de confiance, c'est l'un de vos proches, conformément aux dispositions du législateur, qui sera chargé de décider à votre place.

5. Mesures médicales spécifiques

1. Alimentation et hydratation artificielles

Que faire si je ne suis pas capable de m'alimenter ou de m'hydrater naturellement?

	Oui	Non	Nd.*
a) Je consens à une alimentation et une hydratation artificielles (sonde gastrique, perfusion).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Si j'ai répondu «Non» à la proposition a): je consens à l'hydratation artificielle dans la mesure où elle vise uniquement à une atténuation des symptômes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Autres mesures et remarques

6. Réanimation

Que faire en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire?

	Oui	Non	Nd.*
J'autorise la mise en œuvre de mesures de réanimation (réanimation cardio-pulmonaire).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques:

* En l'absence d'indication dans les cases marquées par un astérisque, c'est à votre personne de confiance qu'il reviendra de décider sur la base de votre volonté présumée. Si vous n'avez pas désigné de personne de confiance, c'est l'un de vos proches, conformément aux dispositions du législateur, qui sera chargé de décider à votre place.

7. Ma personne de confiance

Je donne procuration à la personne de confiance pour faire valoir ma volonté auprès de l'équipe soignante. Les médecins et l'ensemble de l'équipe sont délivrés à son égard de l'obligation du secret médical. La personne de confiance doit être informée le plus tôt possible. Elle est habilitée à donner son accord ou à s'opposer à des mesures médicales. En cas d'indisponibilité, il sera pris contact avec la personne de remplacement.

	Personne de confiance	Personne de confiance de remplacement
Nom, prénom		
Rue, n°		
NPA, localité		
Tél. privé		
Tél. prof.		
Mobile		

Remarques:

8. Indications complémentaires

Lieu de soins et dernier lieu de vie souhaités:

Indications sur les soins:

Assistance spirituelle:

Oui Non

Personne de confiance autorisée à consulter mon dossier médical, également après ma mort

Autopsie

Don d'organes

Remarques:

Mon médecin

Organisation	
Nom, prénom	
Rue, n°	
NPA, localité	
Tél.	
Fax / Mobile	

Oui Non

Est-il/elle en possession de mes directives anticipées?

Faut-il l'informer en cas d'hospitalisation?

9. Lieu de dépôt et autres dispositions

Veillez cocher les cases voulues et, le cas échéant, donner les précisions nécessaires:

Medizinische Notrufzentrale de Bâle (MNZ)
Tél. +41 61 261 15 15

Autre lieu de dépôt:
(adresse, tél., éventuellement
personne de contact)

Autres dispositions de prévoyance:

Oui Non

Dispositions funéraires:

Lieu de dépôt:

Remarques:

10. Signature manuscrite

Lieu et date:	Signature:
---------------	------------