

## Plan anticipé de soins

Décider de la manière dont on veut être soigné si on ne dispose plus de sa capacité de discernement

### Les présentes directives ont été établies par

Nom(s), Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

### Personne de confiance / représentant thérapeutique

- J'ai nommé les représentants thérapeutiques suivants et je les autorise à faire valoir ma volonté auprès de à l'équipe soignante. Ces personnes doivent être informées de mon état de santé et intégrée dans les prises de décision ; je les autorise de ce fait à consulter mon dossier médical. **Je délègue les médecins et le personnel soignant de l'obligation de garder le secret envers ces personnes.**

1. Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

NPA/Lieu : \_\_\_\_\_

Téléphone : Privé \_\_\_\_\_ Prof. \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

2. Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

NPA/Lieu : \_\_\_\_\_

Téléphone : Privé \_\_\_\_\_ Prof. \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

- J'ai informé mes représentants thérapeutiques de l'existence de mes directives anticipées

### Médecin traitant

Nom(s), Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

NPA/lieu : \_\_\_\_\_

Téléphone : Privé : \_\_\_\_\_ Prof. : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

- J'ai informé mon médecin traitant de l'existence de mes directives anticipées.

## 1 . Les présentes directives anticipées sont applicables dans les situations suivantes

J'établis les présentes directives anticipées après mûre réflexion pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté suite à une maladie ou un accident. Les directives s'appliquent :

- dans toutes les situations dans lesquelles je suis incapable de discernement et qui exigent la prise de décisions thérapeutiques ; c'est-à-dire en cas d'évènements aigus susceptibles de survenir, tels qu'un infarctus, une attaque cérébrale, un accident, covid grave, mais aussi en cas de maladie chronique à un stade avancé
- si je suis retrouvé inconscient, **je ne souhaite pas être réanimé**
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2 . Ma motivation et mes valeurs personnelles

Après mûre réflexion, je décris ci-après ma motivation et mes valeurs personnelles afin de faciliter les prises de décisions des personnes qui me soignent si d'éventuelles difficultés d'interprétation se présentaient.

### La situation concrète suivante m'incite à rédiger les présentes directives anticipées :

- (description éven.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Pas de situation particulière, mais j'aimerais anticiper une situation dans laquelle je ne serais plus capable de discernement.

### Par les présentes directives anticipées, j'aimerais avant tout obtenir ...

- qu'on épuise les possibilités médicales pour me maintenir en vie
- mes souffrances doivent être allégées dans la mesure du possible
- je suis prêts à accepter les contraintes liées à mon souhait d'être maintenu en vie
- les traitements médicaux servent avant tout à alléger mes souffrances.
- pour moi, il n'est pas prioritaire de prolonger ma vie à tout prix
- je suis prêt à accepter que le fait de renoncer à certains traitements médicaux puisse abréger ma vie

**Description de la motivation à la base des présentes directives anticipées avec mes propres mots :**

---

---

---

**Ma situation actuelle (ressenti et situation médicale) :**

---

---

---

**Mon attitude face à la vie :**

---

---

**Mes expériences, mon attitude et mes craintes concernant la maladie :**

---

---

**Mes expériences, mon attitude et mes craintes concernant la fin de vie :**

---

---

**Mes expériences, mon attitude et mes craintes concernant la mort :**

---

---

**Ce que j'entends par qualité de vie, les dépendances et limitations que je peux difficilement accepter :**

---

---

---

**Ce que j'entends par dignité en fin de vie :**

---

---

---

**Les convictions personnelles et/ou religieuses qui guident ma vie :**

---

---

---

**Je souhaite un accompagnement :**

- spirituel                       religieux                       familial                       psychologique
- aucun accompagnement

**3 . Explications concernant les objectifs thérapeutiques et certaines mesures médicales**

Pour rédiger les présentes directives, j'ai été conseillé par

- mon médecin traitant, le Dr \_\_\_\_\_
- autre \_\_\_\_\_

- Je ne souhaite pas m'exprimer en détail sur les mesures médicales mais je demande à l'équipe soignante d'agir de façon à répondre le mieux possible à ma volonté (cf. chiffre 2, « Ma motivation et mes valeurs personnelles)
- Je souhaite m'exprimer spécifiquement sur les situations suivantes (cf. les différents choix I -IV)

**I. Événement aigu inattendu (p.ex. accident, attaque cérébrale, infarctus, ...)**

Si je deviens incapable de discernement à la suite d'un événement aigu inattendu et si, après l'introduction des premières mesures d'urgence et un examen médical approfondi, il s'avère impossible ou improbable que je recouvre ma capacité de discernement :

- J'exige que l'on renonce à toutes les mesures qui n'auront pour seule conséquence que de prolonger ma vie et mes souffrances
- J'exige que tout ce qui est médicalement indiqué soit entrepris malgré le mauvais pronostic

## II. Traitement de la douleur et des symptômes

Je désire en tous les cas que l'on soigne :

- Mes douleurs et tout les autres symptômes accablants tels que
  - la peur
  - l'agitation
  - la détresse respiratoire
  - les nausées
- J'accepte que le traitement des symptômes péjore transitoirement ou définitivement mon état de vigilance
- Un état de vigilance et la capacité de communiquer sont pour moi plus importants que le soulagement des douleurs et d'autres symptômes

## III. Alimentation artificielle

- J'autorise l'apport **continu** de liquides et d'aliments (au moyen d'une sonde gastrique, d'une perfusion, d'une pose chirurgicale ou d'une sonde nutritive)
- Je n'autorise pas d'apport d'aliments artificiels par toutes voies
- J'autorise en phase terminale bénéficier d'un humidificateur directionnel pour améliorer mon confort buccal et respiratoire
- J'autorise une hydratations par voie sous-cutanée ou veineuse dans le but d'améliorer mon confort
- J'autorise **momentanément** l'apport artificiel de liquides et d'aliments, pour autant qu'on puisse s'attendre à ce que mes souffrances soient allégées par ce traitement ou que je sois par la suite à nouveau en mesure de m'alimenter et de me désaltérer par voie normale, éventuellement avec l'aide d'une tierce personne

## IV. Réanimation en cas d'arrêt cardiocirculatoire et/ou respiratoire

Je souhaite être réanimé :

- oui
- non

Remarques complémentaires :

---

---

---

---

**4 . Directives particulières en cas de décès****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 d'un 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

**Autopsie :**

J'autorise une autopsie :

- oui                       non
- je laisse la décision à mon représentant thérapeutique

**5 . Signature**

J'ai été informé que la rédaction de directives anticipées est un acte volontaire et que je peux en tout temps les révoquer ou les modifier tant que je suis capable de discernement.

J'ai rédigé des directives séparées en complément aux présentes directives :

- non                       oui, à savoir \_\_\_\_\_

Lieu et date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

**Remarques :**

Veillez conserver les présentes directives de manière à ce que celles-ci soient facilement accessibles au moment opportun .

Vous pouvez par exemple en confier une copie à votre médecin traitant et/ou à un voisin .

*Ce document a été rédigé sur le modèle des directives anticipées de la FMH .*

*L'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire .*