

Directives anticipées CRS

Prénom:

Nom:

Croix-Rouge suisse



Module 1

► Veuillez vous aider de la notice ↗ pour remplir vos directives anticipées CRS.

Vous pouvez compléter le document de deux façons différentes:

Indications minimales (partie obligatoire) – Module 1

Données personnelles, médecin de famille, procuration, objectif du traitement, réanimation et valeurs personnelles

Indications détaillées (partie optionnelle) – Module 2

Indications médicales détaillées

J'ai rédigé les présentes directives en pleine possession de mes capacités intellectuelles et après mûre réflexion, pour le cas où je me trouverais incapable de discernement ↗ et ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté.

1. Données personnelles

Madame Monsieur

Prénom

Nom

Date de naissance

Numéro d'assurance sociale (numéro AVS)

Rue, n°

NPA, localité

Tél. privé

Tél. mobile

Adresse courriel

2. Médecin de famille

Prénom/Nom/Cabinet

Tél.

Rue, n°

NPA, localité

Oui Non

En cas d'hospitalisation, mon médecin de famille doit être informé.

3. Procuration

Le représentant

Je donne procuration aux représentants ↗ mentionnés ci-après pour faire valoir et respecter les décisions contenues dans les présentes directives anticipées face aux médecins et à l'ensemble du personnel soignant. L'obligation de garder le secret ↗ ne s'applique pas vis-à-vis de ces personnes.

Madame	Monsieur	Lien (p. ex. époux/-se)
Prénom, nom		Date de naissance
Rue, n°		NPA, localité
Tél. privé		Tél. professionnel
Tél. mobile		Adresse courriel

Le représentant de remplacement

Madame	Monsieur	Lien (p. ex. époux/-se)
Prénom, nom		Date de naissance
Rue, n°		NPA, localité
Tél. privé		Tél. professionnel
Tél. mobile		Adresse courriel

Les représentants connaissent le rôle et le contenu de mes directives anticipées.

Oui Non

Renonciation à la procuration

Je renonce à désigner des représentants.

4. Mes valeurs personnelles

Les valeurs et opinions exprimées ci-après doivent servir de points de repère aux spécialistes médicaux concernés dans l'optique de prises de décision délicates.

🗨 **Veillez vous prononcer essentiellement sur les aspects ci-dessous:**

- Motivation: ce qui m'a amené à établir ces directives anticipées
- Convictions personnelles, religion, valeurs, attentes et craintes par rapport à la santé et à la maladie
- Qualité de vie: ce qui compte pour moi
- Etat de santé actuel, expériences de la maladie, dépendance aux soins (handicaps avec lesquels je peux m'imaginer vivre), vie et mort

5. Dispositions médicales

Mesures de réanimation ↗ en cas d'arrêt cardiocirculatoire

☞ Veuillez choisir l'**une** des options ci-après.

J'autorise la mise en œuvre de mesures de réanimation en toute situation, même si le pronostic est défavorable, par exemple en cas de maladie ou d'affection incurable préexistante présentant un risque vital imminent.

Je n'autorise la mise en œuvre de mesures de réanimation qu'en cas de pronostic favorable, par exemple lorsque l'arrêt cardiocirculatoire survient à l'hôpital, dans le cadre d'un examen diagnostique ou d'une intervention thérapeutique (opération), en cas de trouble soudain du rythme cardiaque ou de bon état général antérieur, etc.

Je suis contre toute tentative de réanimation.

☞ Objectif du traitement si les chances de rétablissement sont bonnes

Si le pronostic est bon, toutes les mesures médico-thérapeutiques nécessaires sont mises en œuvre dans la mesure où elles sont susceptibles de permettre le retour à une vie autonome.

Objectif si les chances de rétablissement sont faibles

☞ Choisissez l'**une** des réponses ci-après:

Je ne souhaite bénéficier que de **soins palliatifs** ↗, c'est-à-dire de mesures destinées à atténuer les symptômes de la maladie (douleurs, détresse respiratoire, nausées, angoisse, etc.), mais pas à me maintenir en vie.

ou

Je souhaite que soient épuisées **toutes** les mesures susceptibles de me maintenir en vie ainsi que les mesures permettant d'atténuer mes souffrances. J'accepte les contraintes qui peuvent résulter des mesures destinées à me maintenir en vie.

Champ d'application

Les dispositions médicales énoncées dans ces directives anticipées sont en principe applicables dans **tous les cas d'incapacité de discernement**. Vous avez néanmoins ci-dessous la possibilité de limiter leur champ d'application à certaines situations spécifiques:

Remarques complémentaires:

6. Conseil

🗨 Les indications ci-après sont facultatives.

Pour l'établissement des présentes directives anticipées, j'ai bénéficié des conseils de:

Institution, nom	Date
------------------	------

7. Dépôt de mes directives anticipées CRS

Oui	Non
-----	-----

Je dépose mes directives anticipées auprès de la CRS (moyennant paiement [↗](#))
(Adresse d'envoi: Croix-Rouge suisse, Directives anticipées CRS,
Werkstrasse 18, 3084 Wabern)

J'aimerais bien recevoir des copies de mes directives anticipées déposées. Nombre (max. 3)

8. Signature

En signant ces directives anticipées CRS, je confirme avoir pris connaissance des conditions générales (CG [↗](#)) et déclare les accepter.

De par ma signature, je confirme le caractère contraignant des volontés exprimées dans le présent document concernant les dispositions, notamment médicales, qui doivent être prises si je me retrouve en situation d'incapacité de discernement.

Date

Signature

Module 2

9. Autres dispositions médicales

Traitement si les chances de rétablissement sont faibles (précisions par rapport à l'objectif défini au point 5)

Oui Non Décision du
représentant

Médication

Médicaments destinés au traitement de nouvelles maladies

Antibiotiques ↗ pour le traitement d'une infection aiguë

Médicaments sédatifs ↗ en cas de symptômes incontrôlables
tels que détresse respiratoire ou douleurs

Médicaments destinés au traitement d'affections préexistantes

Remarques:

Alimentation et hydratation artificielles ↗

🗨️ Veuillez choisir l'**une** des options ci-après.

Alimentation Hydratation

Non

Décision du représentant

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

A long terme (plus d'un mois)

La décision quant à la durée revient au représentant

Remarques:

Ventilation mécanique ↗

🗨 Veuillez choisir l'**une** des options ci-après.

Non

Décision du représentant

Oui A court terme (une semaine max.)

A long terme

La décision quant à la durée revient au représentant

Remarques:

Autres traitements

Oui

Non

Décision du
représentant

Chimiothérapie ↗, radiothérapie ↗

Interventions chirurgicales ↗

Transfusions sanguines ↗

Dialyse ↗

Remarques:

10. Autres dispositions

Lieu de traitement

🗨 Les indications ci-après sont facultatives.

Tout séjour en soins intensifs ↗ doit si possible être évité.

Admission dans une institution (EMS, hôpital de soins aigus, établissement de soins palliatifs) uniquement si les soins palliatifs ne peuvent pas/plus être prodigués dans le lieu de vie habituel.

Autres indications concernant les soins, l'accompagnement et l'assistance psychosociale

Voici, pour le cas où je devrais être incapable de discernement, les aspects qui me tiennent à cœur en matière de soins et d'accompagnement (assistance psychosociale, souhaits spécifiques, p. ex. assistance spirituelle ou rituels):

Don d'organes

• Veuillez choisir l'**une** des options ci-après.

J'interdis tout prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules.

La décision appartient au représentant.

En cas de décès, j'autorise le prélèvement de tous mes organes, tissus ou cellules, ainsi que les mesures préparatoires de préservation requises.

En cas de décès, j'autorise le prélèvement des organes spécifiés ci-après, ainsi que les mesures préparatoires de préservation requises:

• Vous pouvez sélectionner **plusieurs** organes.

Cœur

Pancréas

Reins

Poumons

Cornée

Intestin grêle

Foie

Peau

Autres tissus et cellules

Autopsie médicale (clinique) ↗

• Veuillez choisir l'**une** des options ci-après.

J'autorise l'autopsie de mon corps.

Oui

Non

La décision appartient au représentant

Consultation du rapport d'autopsie

➤ Passez à la rubrique suivante si vous avez coché «Non» sous «Autopsie médicale (clinique)».

Personne n'est autorisé à consulter mon rapport d'autopsie, à l'exclusion de mon médecin traitant.

J'autorise la/les personne-s ci-après à consulter mon rapport d'autopsie:

le représentant la personne suivante:

Personne Madame Monsieur

Prénom, nom

Adresse

Consultation de mon dossier médical après mon décès

➤ Veuillez choisir l'**une** des options ci-après.

Personne n'est autorisé à consulter mon rapport médical, à l'exclusion de mon médecin traitant.

J'autorise la/les personne-s ci-après à consulter mon dossier médical:

le représentant la personne suivante:

Personne Madame Monsieur

Prénom, nom

Adresse

J'ai établi d'autres documents de prévoyance

(mandat pour cause d'inaptitude ↗, dispositions funéraires ↗, don de corps ↗, etc.):

Non Oui, dépôt auprès de:

11. Confirmation médicale

Les indications ci-après sont facultatives.

Confirmation médicale de la capacité de discernement au moment de l'établissement des directives anticipées

Capacité de discernement confirmée par:

Madame Monsieur Prénom, nom:

Rue, n°

NPA, localité

Date

Signature, cachet

.....

12. Signature

En signant ces directives anticipées CRS, je confirme avoir pris connaissance des conditions générales (CG [↗](#)) et déclare les accepter.

De par ma signature, je confirme le caractère contraignant des volontés exprimées dans le présent document concernant les dispositions, notamment médicales, qui doivent être prises si je me retrouve en situation d'incapacité de discernement.

Date

Signature

.....