

Mes directives anticipées

Les personnes de confiance mentionnées ci-dessus attestent, par leur signature, qu'elles ont pris connaissance de ces directives, et que je les ai rédigées l'esprit sain et en toute indépendance.

Lieu, date:

Nom, prénom:

Signature manuscrite:

Tous mes autres vœux et directives sont consignés dans la brochure «Mes dernières volontés» qui se trouve:

Lieu, date:

Signature manuscrite:

RENOUVELLEMENT:

J'ai renouvelé ces directives anticipées et en ai informé les personnes de confiance:

Signature:

Si je ne réagis plus et ne suis ainsi plus capable de jugement et de décision, je prie le médecin traitant de demander à voir mes directives anticipées. Ceci s'applique aussi lors de mon décès.

Nom et téléphone de mon plus proche parent:

Mes directives anticipées se trouvent:

Lieu: Meuble:

Merci de respecter et de suivre ces directives qui me sont chères.

Si je ne réagis plus et ne suis ainsi plus capable de jugement et de décision, je prie le médecin traitant de demander à voir mes directives anticipées. Ceci s'applique aussi lors de mon décès.

Nom et téléphone de mon plus proche parent:

Mes directives anticipées se trouvent:

Lieu: Meuble:

Merci de respecter et de suivre ces directives qui me sont chères.



MES DONNÉES PERSONNELLES

Nom

Prénom

Date de naissance

Commune d'origine / pays d'origine

Rue

No postal, lieu

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je souhaite que l'on renonce à toutes les mesures visant au prolongement de la vie,

- ☐ si le pronostic médical me concernant est sans espoir,
- ☐ si mes fonctions vitales font défaut et que mon état mène sans autre à la mort.
- ☐ Je souhaite que les traitements soient interrompus si les atteintes à mon cerveau sont telles qu'elles ne me permettent raisonnablement plus jamais de reprendre conscience.
- ☐ Je souhaite que tout soit entrepris pour calmer mes douleurs ou d'autres symptômes pénibles, tels la détresse respiratoire, la soif, etc.
On renoncera ainsi à appliquer toutes les mesures qui n'auraient pas pour objectif d'alléger ces symptômes.



Les personnes de confiance suivantes doivent être informées de toutes les mesures et intégrées aux prises de décisions:

Nom / Prénom

No de Tél.

Nom / Prénom

No de Tél.

Nom / Prénom

No de Tél.

Je délègue toutes les personnes qui me soignent du secret professionnel vis-à-vis des personnes de confiance citées.



APRÈS MA MORT

AUTOPSIE:

- ☐ Je suis d'accord
- ☐ Je ne suis pas d'accord
- ☐ Je laisse la décision à mes proches

TRANSPLANTATION:

- ☐ Je suis d'accord
- ☐ Je ne suis pas d'accord
- ☐ Je laisse la décision à mes proches
- ☐ Je suis d'accord, à l'exception des organes suivants:



MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

J'ai rédigé des directives anticipées
Les précisions à ce sujet se trouvent au dos de cette carte

Nom/Prénom

Date de naissance

Signature



MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

J'ai rédigé des directives anticipées
Les précisions à ce sujet se trouvent au dos de cette carte

Nom/Prénom

Date de naissance

Signature

