

Mes directives anticipées

Mes valeurs, convictions et souhaits

- ☐ Je souhaite bénéficier des mesures palliatives adéquates m'assurant un confort optimum (médecine, soins, physiothérapie, etc.)
- ☐ Que tout soit entrepris pour calmer mes douleurs ou d'autres symptômes pénibles tels que la détresse respiratoire, la soif, etc., même si les analgésiques devaient altérer mon état de conscience et/ou ma santé.
- ☐ On renoncera ainsi à appliquer toutes les mesures qui n'auraient pas pour objectif d'alléger ces symptômes.
- ☐ Je ne souhaite ni alimentation artificielle ni hydratation par perfusion en état d'agonie.

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

- ☐ si le pronostic médical me concernant est sans espoir.
- ☐ si mes fonctions vitales font défaut et que mon état mène inexorablement à la mort.

Je ne souhaite en aucun cas être réanimé(e)

☐ Oui ☐ Non

Si (et seulement si) les atteintes à mon cerveau devaient être telles qu'elles ne me permettent plus de reprendre conscience,

- je souhaite que les traitements soient interrompus ☐ Oui ☐ Non
- je souhaite éviter toute réanimation visant à prolonger ma vie. ☐ Oui ☐ Non

Je souhaite

- ☐ que la prise en charge soit effectuée dans l'établissement selon mon concept d'accompagnement.
- ☐ que la prise en charge soit effectuée en milieu hospitalier.
- ☐ que la prise en charge soit effectuée avec des soins à domicile si cela est possible.

Je souhaite
.....

Mon choix de représentant thérapeutique

Au cas où je ne serais plus capable de m'exprimer, je confère à

.....
.....

- le pouvoir de me représenter pour toute décision en matière de santé, en collaboration avec le médecin et l'équipe des soins.
- la responsabilité du respect du suivi de mes volontés exprimées dans ces directives.

J'autorise mon représentant thérapeutique à prendre des renseignements auprès de mon médecin et à consulter mon dossier médical.

Directives d'accompagnement avant mon décès

Je souhaite être accompagné(e) dans les derniers instants de ma vie :

- ☐ Par un accompagnant spirituel
- ☐ Par un pasteur ☐ Par un aumônier ☐ par un prêtre
- ☐ Par une autre personne :

Ma 1^{ère} personne de contact est : ☐ **Mon représentant thérapeutique nommé ci-dessus**
Autre personne :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél 1 : Tél 2 : Tél 3 :

Cette personne souhaite être prévenue et je souhaite qu'elle le soit :

- ☐ Dès le moment où j'irai moins bien et serai dans un état critique
- ☐ Au moment de mon décès, quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit
- ☐ Le matin, si le décès intervient la nuit.

Au cas où cette personne ne pourrait être jointe, prévenir ma 2^{ème} **personne de contact :**

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél 1 : Tél 2 : Tél 3 :

Cette personne souhaite être prévenue et je souhaite qu'elle le soit :

- ☐ Dès le moment où j'irai moins bien et serai dans un état critique
- ☐ Au moment de mon décès, quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit
- ☐ Le matin, si le décès intervient la nuit.

Directives relatives à mon corps après mon décès

Autopsie

- ☐ Je suis d'accord
- ☐ Je ne suis pas d'accord sauf si l'autopsie relève d'une décision médico-légale
- ☐ Je laisse la décision à mes proches

Don d'organes

- ☐ Je suis d'accord
- ☐ Je ne suis pas d'accord sauf si l'autopsie relève d'une décision médico-légale
- ☐ Je laisse la décision à mes proches
- ☐ Je suis d'accord, à l'exception des organes suivants :

.....

Mes dispositions lors de mon décès

Je souhaite être veillé(e) si possible pendant 3 jours ☐ Oui ☐ Non

Lieu :

Cérémonie

☐ Je suis de confessionet je souhaite que mes convictions religieuses soient respectées.

☐ Je souhaite que les rites suivants soient respectés :

.....
.....

Textes :

.....
.....

Musiques – Chants :

.....
.....

Lieu :

Je souhaite porter les vêtements, accessoires et bijoux suivants :

.....
.....

☐ Je souhaite qu'aucune cérémonie religieuse ne soit organisée.

☐ A la place, je souhaite que les rituels suivants soient respectés :

.....
.....
.....

Inhumation

Je souhaite que l'inhumation de mon corps ait lieu de façon suivante :

☐ Enterrement ☐ Incinération ☐ Je porte un pace-maker

Rituel lors de l'enterrement :

.....
.....

Rituel concernant mes cendres :

.....
.....

J'ai choisi l'entreprise de Pompes funèbres suivante :

.....
.....

Mon testament est déposé :

.....
.....

Rédigé par

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

Signature du représentant thérapeutique :

Renouvellement :

Date : **Signature :**

Modification :

Date : **Signature :**

J'atteste avoir rempli ce document après mûre réflexion et en pleine possession de mes facultés.

A **Le :**

Signature :

.....