

## **Directives anticipées**

Nom, prénom \_\_\_\_\_

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

Lieu de résidence \_\_\_\_\_

---

### **En cas ou je me trouve en situation critique,**

Je désire que l'on prenne toutes les mesures techniques et médicales y. c. la réanimation pour traiter la maladie dont je souffre

Je désire qu'aucune réanimation et aucune mesure de médecine intensive (en particulier respiration artificielle) ne soit réalisée

Je ne désire pas être réanimé/e mais suis d'accord pour une prise en charge en soins intensifs.

Je n'ai pas d'avis à ce sujet et souhaite que mon représentant thérapeutique prenne la décision.

Si après examen médical approfondi il s'avère impossible ou improbable que je recouvre des capacités à une vie décente et que le risque de dépendance à long terme est élevé, je désire :

que l'on prenne toutes les mesures nécessaires à prolonger ma vie dans la mesure où il y a toujours un espoir

que l'on renonce à toute mesure visant à prolonger ma vie

dans tous les cas que l'on soigne activement mes douleurs et tous les autres symptômes accablants tels que la peur, l'agitation, la détresse respiratoire et les nausées.

Je n'ai pas d'avis à ce sujet, et souhaite que mon représentant thérapeutique prenne la décision

Je nomme la personne suivante comme **représentant thérapeutique** et je l'autorise à faire valoir ma volonté face à l'équipe soignante. Cette personne doit être informée de mon état de santé et intégrée dans les prises de décision. Je l'autorise à consulter mon dossier médical au cas où je serais en incapacité de discernement, elle a mon autorisation de décider de la suite à donner à ma prise en charge :

**Représentant thérapeutique** : Nom, Prénom, adresse, natel, adresse mail

---

**Représentant thérapeutique de remplacement, au cas où le premier est inatteignable ou ne souhaite pas prendre cette responsabilité** (facultatif)

---

Je souhaite faire don de mes organes et j'autorise l'application des mesures médicales nécessaires en vue du don d'organe

J'autorise uniquement le prélèvement des organes suivants :

---

Je ne souhaite pas faire don de mes organes.

Je n'ai pas d'avis à ce sujet, je souhaite que mon représentant thérapeutique prenne la décision

Une copie du présent document est remise :

- Au médecin traitant le Dr \_\_\_\_\_
- Au Home Oasis SA
- A mon représentant thérapeutique
- A mon représentant légal : \_\_\_\_\_

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

Signature \_\_\_\_\_