

lifecircle | Directives anticipées & déclaration personnelle complémentaire

Mes Directives anticipées

Civilité (Mme/M.)

Prénom

Nom

Date de naissance

Par la présente je déclare que je suis en pleine possession de mes facultés de jugement et que j'ai décidé, après mûre réflexion, de ce qui suit:

Si je perds ma capacité de jugement, par maladie ou accident, **et si d'un point de vue médical il ne m'est plus possible de retrouver cette capacité**, les dispositions énumérées ci dessous sont à respecter dans leur intégralité, conformément à mon droit à l'autodétermination:

Veillez crocher toutes les dispositions qui vous souhaitez.

1. Concernant aux mesures de prolonger la vie je désire le suivant:

	oui	non
Réanimation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfert vers une unité de soins intensifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respiration artificielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentation artificielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilisation d'antibiotiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilisation de chimiothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Thérapie palliative pour atténuer douleurs, insuffisance respiratoire et autres troubles médicaux:

- Je souhaite l'utilisation de toute forme d'analgésique et de sédatifs dans le dosage qui me garantira la meilleure qualité de vie.
- J'accepte explicitement que l'utilisation de ces traitements à haute dose peut abrégé ma vie.



3. En cas d'une maladie démentielle, les points suivants sont valables en plus des points énumérés en haut:

- Si je refuse la nourriture (et/ou l'hydratation), personne n'a le droit de m'engager de façon répétée à manger, ou même de m'y forcer.
- Si jamais l'euthanasie active est légalisée dans mon pays de provenance, je souhaite la terminaison active de ma vie quand je ne reconnais plus ma famille et mes amis.

Toutes les dispositions cochées par moi sont valables jusqu'à mon décès.

Don d'organes après ma mort:

- Oui
- Non

Réserve

Ces directives anticipées n'entrent en vigueur qu'au cas où je ne peux plus m'exprimer moi-même. Je peux, à tout moment, les révoquer partiellement ou dans leur intégralité. Tant que je suis capable de discernement, je confirme la validité de ces déclarations tous les deux ans à travers le renouvellement de ma signature.

Conscient/e de ma responsabilité individuelle, je confirme ce qui suit:

Par la présente, je dispense toutes les personnes qui me soutiennent dans l'imposition de mes directives anticipées, surtout les médecins qui me soignent, de leur responsabilité, au cas des conséquences résultant du fait d'avoir conséquemment respecté ma volonté de patient. Si mes directives anticipées ne sont pas respectées dans leur intégralité, j'autorise les personnes de confiance ci-dessous à représenter mes intérêts.

Les personnes de confiances suivantes ont connaissance de ma volonté:

Prénom _____

Nom _____

Code postal/Ville _____

Téléphone _____

Prénom _____

Nom _____

Code postal/Ville _____

Téléphone _____



Prénom _____

Nom _____

Code postal/Ville _____

Téléphone _____

Prénom _____

Nom _____

Code postal/Ville _____

Téléphone _____

Directives anticipées (DA) signées par:

Prénom _____

Nom _____

Date de naissance _____

Signature _____

Date _____

DA renouvelées le (date) _____

DA renouvelées le (date) _____

DA renouvelées le (date) _____



Déclaration de valeurs personnelles comme complément des directives anticipées

Déclaration de valeurs de

Civilité (Mme/M.) _____

Prénom _____

Nom _____

Je décris ici mes raisons pour la rédaction des directives anticipées:

Les souffrances et états décrits ici rendraient la vie insupportable pour moi:



Ici je nomme des choses qui sont particulièrement importants pour moi et qui rendent ma vie digne d'être vécue:

Si je souffre d'une maladie incurable et suis dépendante, les points suivants sont importants pour moi:



Quand ma mort est prévisible, je veux que le suivant soit exaucé:

Déclaration de valeurs signée par:

Prénom

Nom

Date de naissance

Signature

Date