

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.

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.

ou

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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotiques ↗ pour le traitement d'une infection aiguë	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médicaments sédatifs ↗ en cas de symptômes incontrôlables tels que détresse respiratoire ou douleurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médicaments destinés au traitement d'affections préexistantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques:

Alimentation et hydratation artificielles ↗

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

	Alimentation	Hydratation
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Décision du représentant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oui		
A court terme, dans la perspective de pouvoir plus tard m'alimenter/m'hydrater à nouveau normalement (jusqu'à un mois)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A long terme (plus d'un mois)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La décision quant à la durée revient au représentant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 ↗	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interventions chirurgicales ↗	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfusions sanguines ↗	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dialyse ↗	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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.

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cœur | <input type="checkbox"/> Pancréas | <input type="checkbox"/> Reins |
| <input type="checkbox"/> Poumons | <input type="checkbox"/> Cornée | <input type="checkbox"/> Intestin grêle |
| <input type="checkbox"/> Foie | <input type="checkbox"/> Peau | <input type="checkbox"/> 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 autorisée 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 autorisée 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'incapacité ↗, 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:

<input type="radio"/> Madame	<input type="radio"/> Monsieur	Prénom, nom:	<input type="text"/>
Rue, n°		NPA, localité	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Date	Signature, cachet		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>