

Directives anticipées du patient

Version longue

Responsable :
Simone Schmucki
schmuckipartner, Cabinet d'avocats
St. Gallen

sur demande de
Domaine spécialisé personnes âgées

Actualisé le :
Mars 2011

Directives anticipées du patient^{1,2}

Nom

Prénom

Date de naissance

Origine

Domicile avant l'entrée dans le home

Pour le cas où je ne pourrais définitivement plus former ma volonté ou la communiquer de manière compréhensible, je dispose ce qui suit, concernant les soins et traitements médicaux sur ma personne :

Si

- d'après le pronostic médical, je me trouve selon toute vraisemblance dans un processus conduisant irrémédiablement et très prochainement au décès,
- je me trouve dans le stade terminal d'une maladie incurable et mortelle, et cela même si le moment de mon décès n'est pas encore prévisible,
- en raison de lésions cervicales (p.ex. coma vigile, inconscience irréversible, traumatisme crânio-cervical), ma capacité de discernement et ma capacité à prendre des décisions et à communiquer avec d'autres personnes sont, selon toute vraisemblance, irrémédiablement détruites, et cela même si le moment de mon décès n'est pas encore prévisible (je suis conscient que la possibilité de sortie de cet état n'est jamais totalement exclue),
- suite à une démence sénile ou à la dégradation très poussée de mes fonctions mentales, je ne suis plus en mesure d'absorber de la nourriture et des boissons de manière autonome ou avec l'aide de tiers, mais seulement sous forme d'alimentation artificielle,
- autres situations :

je souhaite dans tous les cas des soins corporels adéquats, des soins de la muqueuse buccale ainsi que de l'attention et un hébergement respectueux de la dignité humaine. Je demande notamment qu'en cas de douleurs, de peurs de suffocation et de détresse respiratoire, de nausées, de peur et d'autres situations et symptômes pénibles, des médicaments me soient administrés pour m'éviter des douleurs et des souffrances importantes, même si cela accélérera selon toute vraisemblance la survenue de mon décès.

¹ Les directives anticipées du patient doivent être établies par écrit, datées et signées. Celui ou celle qui a rédigé une directive anticipée du patient peut le faire inscrire sur la carte d'assuré avec le lieu de dépôt. Les directives anticipées du patient peuvent être révoquée de la même manière.

² On recommandera instamment au résident/à la résidente de discuter les directives anticipées du patient avec une personne de confiance, par exemple son médecin de famille.

Je prie mes médecins, mes parents et le personnel soignant de m'assister dans ce sens et de renoncer à l'instauration ou à la poursuite de mesures médicales destinées uniquement à maintenir ou à prolonger la vie.

De ce fait, je dispose, pour le cas où je me trouverais dans l'une des situations de vie ou de traitement susdites,

- qu'aucun médicament destiné à maintenir ou à prolonger la vie ne me soit administré. Je requiers l'administration de médicaments destinés à atténuer les douleurs et les souffrances, et cela même si ceux-ci sont susceptibles d'accélérer la survenue de mon décès,
- qu'aucune mesure de réanimation ne soit prise,
- que je ne fasse pas l'objet d'une respiration artificielle, mais demande, dans ce cas, des médicaments pour atténuer la détresse respiratoire, et cela même si ceux-ci sont susceptibles d'accélérer la survenue de mon décès,
- que je ne fasse pas l'objet d'une alimentation artificielle.

Pour le cas où l'une des mesures ci-dessus aurait déjà été instaurée dans l'une des situations de vie ou de traitement susdites, je révoque mon accord au maintien de ces mesures et demande leur arrêt.

Je dépose cette déclaration après mûre réflexion et en prenant l'entière responsabilité pour moi-même. J'ai conscience de la signification et de la portée de ma déclaration. Je suis notamment conscient que ces directives sont contraignantes pour mes médecins, mes assistants et les bénéficiaires d'une procuration. Je suis également conscient que ma décision de refuser les mesures médicales susdites dans l'une des situations de vie ou de traitement susdites est susceptible d'accélérer la survenue de mon décès.

Lieu et date

Signature

J'ai discuté les présentes directives avec les personnes suivantes, qui peuvent confirmer que j'étais, à ce moment et selon leur perception, capable de discernement et que la teneur de ces directives correspond à ma volonté :

Nom Prénom

Fonction Adresse

Signature

Nom Prénom

Fonction Adresse

Signature

Les personnes suivantes peuvent être informées de mon état de santé :

Nom Prénom

Fonction Adresse

Nom Prénom

Fonction Adresse

La personne suivante ou son représentant disposent d'une procuration spéciale, qui comprend également la mise en œuvre des présentes directives anticipées du patient :

Nom Prénom

Fonction Adresse

Représentant

Nom Prénom

Fonction Adresse

Lieu et date Signature

Pour confirmation ultérieure des présentes directives :

Je confirme par ma signature que j'ai contrôlé la teneur de mes directives anticipées du patient et que ma volonté est restée inchangée :

Lieu et date

Signature
