

MES SOUHAITS
POUR LE
TRAITEMENT
MÉDICAL



DIRECTIVES ANTICIPÉES

Remarque / Introduction

Remarque

Ce document vous sert de modèle pour établir des directives anticipées.

Vous pouvez adapter ce modèle à vos besoins. Si vous l'utilisez, veuillez signer le présent document au bas de chaque page et le dater sur la dernière feuille.

En cas de modifications de la situation, veuillez vérifier et, le cas échéant, adapter ces directives anticipées.

Vous pouvez faire enregistrer le fait que vous avez formulé des directives anticipées ainsi que leur lieu de dépôt sur votre carte d'assuré de la caisse d'assurance maladie. Ainsi, vous aurez l'assurance qu'en cas de nécessité, vos directives anticipées pourront être trouvées aussi rapidement que possible. À cet effet, veuillez contacter directement votre caisse d'assurance maladie.

Je soussigné(e)

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

(prénom, nom, date de naissance, lieu d'origine, domicile)

énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je perdrais un jour ma capacité de discernement.

Je veux que les présentes directives anticipées soient respectées sans restriction par toutes les personnes concernées, y compris mes proches et mon éventuel représentant légal quant aux mesures médicales, aux médecins et au personnel soignant et d'encadrement.

Signature

Principe

I. Principe pour les soins médicaux

Au cas où je devais perdre ma capacité de discernement et que sa restitution semble impossible ou très peu probable suite à des examens médicaux approfondis, je souhaite en principe :

- que soient prises toutes les mesures indiquées du point de vue médical, diagnostique, chirurgical et thérapeutique, même si ces mesures prolongeraient seulement ma vie et mes souffrances sans recouvrement de ma capacité de discernement
- qu'aucune mesure ne soit prise ayant pour seul effet de prolonger ma vie ou mes souffrances, sous réserve des mesures soulageant efficacement mes douleurs ou d'autres symptômes difficiles à supporter, tels que l'angoisse, l'agitation, l'insuffisance respiratoire et la nausée

Les décisions arrêtées au paragraphe II. suivant concernant les mesures médicales détaillées priment ma déclaration de principe.

Signature

Personne de confiance / Religion

III. Personne de confiance à contacter pour les mesures médicales

Je désigne la personne de confiance suivante servant d'interlocuteur / -trice pour les mesures médicales me concernant :

- pas de personne définie ; sont valables mes autres dispositions (par exemple celles qui sont formulées dans le mandat pour cause d'inaptitude) ou les dispositions légales de représentation
- la personne suivante :

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

(prénom, nom, date de naissance, lieu d'origine, domicile, numéro de téléphone, adresse électronique)

- en cas d'empêchement ou de refus de la personne susmentionnée, la personne suivante :

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

(prénom, nom, date de naissance, lieu d'origine, domicile, numéro de téléphone, adresse électronique)

La personne désignée est chargée d'assurer l'application de ces directives anticipées par l'équipe responsable de mon traitement médical et de décider des mesures médicales à mon sujet.

Elle doit être intégralement informée de mon état de santé et de mon dossier médical et être intégrée dans le processus de prise de décision. Dans le cadre des questions médicales, je délègue du secret professionnel, de fonction ou autre, envers cette personne, toutes les personnes associées de quelle manière que ce soit à mon traitement.

IV. Religion / Confession

J'appartiens à la religion ou confession suivante :

.....

.....

.....

- aucune

Pour moi, les rites, us et coutumes religieux :

- sont importants et doivent, dans la mesure du possible, être pris en compte dans le cadre de mon traitement, en particulier en ce qui concerne le choix des mesures médicales
- ne sont pas importants

J'ai les souhaits religieux particuliers (supplémentaires) suivants concernant les mesures médicales :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature

.....

Autres dispositions

VII. Mandat pour cause d'inaptitude et dispositions en cas de décès

Pour le cas où je perdrais un jour ma capacité de discernement, j'ai établi un mandat pour cause d'inaptitude :

non

oui, document original déposé au lieu suivant :

.....
.....

J'ai arrêté des dispositions détaillées pour le cas de mon décès :

non

oui, document original déposé au lieu suivant :

.....
.....

Lieu, date

.....

Signature

.....



Fondation Armée du Salut Suisse

Laupenstrasse 5 | 3008 Berne

Téléphone 031 388 06 39 | armedusalut.ch

prevoyance@armedusalut.ch | testament@armedusalut.ch

Compte réservé aux dons IBAN : CH37 0900 0000 3044 4222 5