

Directives anticipées CRS

Prénom

Nom

Important: veuillez vous aider de la notice (↗) pour remplir vos directives anticipées CRS.

Veillez télécharger le formulaire «Directives anticipées CRS» et le sauvegarder localement avant de le remplir. Merci!

prevoyance.redcross.ch/documents

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.

Module 1 Indications minimales (partie obligatoire)

1. Données personnelles

Madame Monsieur

Prénom

Nom

Date de naissance

Numéro d'assurance sociale (numéro AVS)

Rue, n°

NPA, localité

Tél. privé

Tél. mobile

Courriel

2. Médecin de famille

Prénom/nom/cabinet

Tél.

Rue, n°

NPA, localité

En cas d'hospitalisation, mon médecin de famille doit être informé.

Oui Non

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		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		Courriel

J'ai informé mes représentants du rôle des directives anticipées et discuté avec eux de leur contenu.

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 lorsqu'il s'agit de prendre des décisions délicates.

Veillez définir vos valeurs personnelles en vous référant à la notice (↗) et vous prononcer essentiellement sur les aspects ci-dessous:

- Motivation: ce qui m'a amené-e 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, expérience de la maladie, dépendance aux soins (handicaps avec lesquels je peux m'imaginer vivre)
- Mes expériences de la fin de vie et de la mort

5. Dispositions médicales

Mesures de réanimation (↗) en cas d'arrêt cardiocirculatoire

Veillez 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: 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, au vu du diagnostic médical, les chances d'un rétablissement au sens de mes valeurs personnelles 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 éprouvants de la maladie (douleurs, détresse respiratoire, nausées, angoisse, etc.). Les mesures de maintien en vie doivent être interrompues.

Je souhaite que soient épuisées **toutes les mesures médicales** susceptibles de me maintenir en vie et de prolonger mon existence. J'accepte les contraintes qui peuvent résulter des mesures destinées à me maintenir en vie. Il convient dans toute la mesure du possible d'atténuer les symptômes éprouvants.

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:

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

Je dépose mes directives anticipées auprès de la Croix-Rouge suisse (CRS) (moyennant paiement (↗))	Oui	Non
---	-----	-----

Adresse d'envoi: **Croix-Rouge suisse, Directives anticipées CRS,
Werkstrasse 18, 3084 Wabern**

J'aimerais recevoir des copies des directives anticipées déposées. Nombre (max. 3)

8. Date et signature

Par ma signature, je consens au traitement de mes données personnelles et confirme avoir pris connaissance des conditions générales (CG (↗) [prevoyance.redcross.ch](https://www.prevoyance.redcross.ch)) et les approuver. En outre, 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 Indications détaillées (partie optionnelle)

9. Autres dispositions médicales

Le module 2 vous permet de définir les mesures et interventions médicales auxquelles vous consentez dans la perspective d'une éventuelle incapacité de discernement. Ces dispositions ne s'appliquent que si, de l'avis de l'équipe soignante, on ne peut plus s'attendre à ce que vous retrouviez un jour une vie conforme à **vos valeurs personnelles** (page 3).

Les indications suivantes servent à préciser les traitements dont je souhaite ou non bénéficier si **mes chances de rétablissement** sont faibles:

	Oui	Non	Décision du représentant
Médication			
Médicaments destinés au traitement de nouvelles maladies			
Antibiotiques (↗) pour le traitement d'une infection aiguë			
Médicaments sédatifs (↗) en cas de symptômes difficilement contrôlables tels que l'anxiété			
Médicaments destinés au traitement d'affections préexistantes			
Remarques			

	Oui	Non	Décision du représentant
Autres traitements			
Chimiothérapie (↗), radiothérapie (↗)			
Interventions chirurgicales (↗) (y compris les mesures qui en découlent)			
Transfusions sanguines (↗)			
Dialyse (↗)			
Remarques			

Alimentation et hydratation artificielles (↗)

Veuillez choisir l'**une** des options ci-après:

Alimentation Hydratation

Non

Décision du représentant

Oui – A court terme, dans la perspective de pouvoir plus tard
m'alimenter/m'hydrater à nouveau normalement (jusqu'à un mois)

– A long terme (plus d'un mois)

– La décision quant à la durée revient au représentant.

Remarques

Ventilation mécanique (↗), y compris les mesures qui en découlent

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

10. Autres dispositions

Lieu de traitement

Tout séjour en soins intensifs (↗) doit si possible être évité.

Je souhaite bénéficier en fin de vie d'une prise en charge ambulatoire à domicile.

Si cela n'est plus possible, je consens à une admission dans une institution
(EMS, hôpital de soins aigus, établissement de soins palliatifs).

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

Veillez 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:

Cœur	Pancréas	Reins
Poumons	Cornée	Intestin grêle
Foie	Peau	Autres tissus et cellules

Autopsie médicale (clinique) (↗)

Veillez 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 autorisé à consulter mon rapport d'autopsie, à l'exception 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 autorisé à consulter mon rapport médical, à l'exception 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'inaptitude (⌘), dispositions en cas de décès (⌘), don de corps (⌘), etc.):

Mandat pour cause d'inaptitude Non Oui, dépôt auprès de:

Dispositions en cas de décès Non Oui, dépôt auprès de:

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:

Madame Monsieur Prénom, nom

Rue, n°

NPA, localité

Date

Signature, cachet

12. Date et signature

Par ma signature, je consens au traitement de mes données personnelles et confirme avoir pris connaissance des conditions générales (CG (↗) prevoyance.redcross.ch) et les approuver. En outre, 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

Afin que l'actualité des directives anticipées ne puisse pas le cas échéant être remise en question, il est bon que le document soit le plus récent possible. La CRS recommande de ce fait une mise à jour tous les deux à trois ans.