

Directives anticipées CRS

Prénom

Nom

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

Veuillez 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

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		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 confirme avoir pris connaissance des conditions générales (↗) (prevoyance.redcross.ch) et déclare les accepter. 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