

## Directives anticipées

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Date d'admission :
Nom et Prénom du Représentant thérapeutique :	Nom et Prénom du Médecin :

### Ce que j'aime faire....

- Me promener dans la nature.
- Passer du temps en compagnie de mes proches, de mes amis, de mes animaux.
- Pratiquer ma religion.
- Lire, écrire.
- Regarder la télé.
- Jouer.
- Ecouter de la musique.
- Manger de bons petits plats.
- Autre \_\_\_\_\_

### Je trouve agréable....

- L'odeur de la forêt.
- L'odeur du jardin.
- Avoir bon chaud.
- Le goût du chocolat.
- Le goût du \_\_\_\_\_
- La musique, surtout la musique \_\_\_\_\_
- Les gestes tendres et attentionnés.
- Les massages.
- Autre \_\_\_\_\_

### Ma vie deviendrait insupportable si....

- Je devais vivre dans une chaise roulante.
- Ne plus pouvoir communiquer avec mes proches.
- Ne plus reconnaître mes proches.
- Être alité(e) en permanence.
- Être assisté(e) pour la toilette, pour l'alimentation, pour respirer, etc.
- Autre \_\_\_\_\_

### Ce que me fait peur, me préoccupe, m'angoisse :

- La souffrance de ma famille/proches.
- La charge que je pourrai être pour ma famille.
- La perte de maîtrise de ma vie (ne plus être capable de prendre de décisions).
- L'inconnue.
- La souffrance.
- Avoir de la difficulté à respirer.
- Être seul.
- Autre : \_\_\_\_\_

**Les choses importantes à faire savoir à mon entourage** Ex: j'ai établi un mandat pour cause d'inaptitude, j'ai écrit une lettre pour..., j'ai donné le mot de passe de mon ordinateur à..., j'ai établi un testament qui se trouve... etc.

---

---

---

**S'il est médicalement indiqué de me prescrire des thérapeutiques usuelles (antibiotiques ou autres médicaments, oxygène) :**

- Je souhaite absolument que toutes ces thérapeutiques soient administrées dans l'objectif de prolonger ma vie autant que possible, même si cette situation peut impliquer de la douleur ou de l'angoisse.
- Je suis plutôt favorable à ce qu'elles soient administrées, mais à certaines conditions (ex: durée, séquelles possibles).  
Les conditions : \_\_\_\_\_
- Je souhaite qu'un minimum de thérapeutiques soit administré : uniquement celles nécessaires aux soins palliatifs. L'objectif est de soulager autant que possible mes douleurs et angoisses (même si cela peut impliquer que je vive moins longtemps).

**Si ma situation est encore plus grave et que pour prolonger ma vie, l'équipe soignante envisage UNE HOSPITALISATION et des techniques avec certaines machines (dialyse, ventilation invasive).**

- Je souhaite absolument que ces soins incluant l'utilisation de machines soient administrés dans l'objectif de prolonger ma vie autant que possible et je comprends que je risque de ne pas retrouver toutes mes capacités d'avant.
- Je souhaite que ces mesures soient mises en œuvre, mais à certaines conditions (ex: durée, séquelles possibles).  
Les conditions : \_\_\_\_\_
- Je souhaite absolument y renoncer et comprends que cela pourrait engendrer mon décès ou une dégradation supplémentaire de mon état de santé.

Si, malgré une Hospitalisation, mon état ne s'améliore pas comme espéré, ou si à la suite d'une maladie grave ma vie est maintenue à l'aide soins très techniques, à quelles conditions de telles interventions me paraissent-elles raisonnables ?

- Je souhaite absolument que toutes les mesures envisagées par l'équipe soignante soient entreprises afin de me maintenir en vie.
- Je souhaite que ces mesures soient mises en œuvre, mais à certaines conditions (ex: durée, séquelles possibles).  
Les conditions : \_\_\_\_\_
- Je souhaite absolument y renoncer, et je comprends que cela pourrait engendrer une aggravation de mon état de santé, voire mon décès.

Si, au cours de ma vie, je perds durablement ma capacité de discernement (à cause d'une démence, suite à un accident cardiovasculaire ou de la progression d'une maladie d'Alzheimer) et que mon état de santé physique se dégrade :

- Je souhaite absolument que toutes les thérapeutiques envisagées par l'équipe médicale soient administrées dans l'objectif de prolonger ma vie autant que possible.
- Je souhaite que ces mesures soient mises en œuvre, mais à certaines conditions (ex: durée, séquelles possibles).  
Les conditions : \_\_\_\_\_
- Je souhaite qu'un minimum de thérapeutiques soit administré : uniquement celles nécessaires aux soins palliatifs. L'objectif est de soulager autant que possible mes douleurs et angoisses (même si cela peut impliquer que je vive moins longtemps).

### Si, mon cœur s'arrête soudainement (arrêt cardiaque) :

- Je souhaite absolument qu'une réanimation soit tentée, même au risque d'un coma ou de séquelles (par exemple : paralysie, incapacité de parler ou de se mouvoir).
- Je souhaite absolument **qu'aucune réanimation ne soit tentée.**

**En fin de vie, je souhaite un accompagnement religieux, spirituel ou laïque** Ex: je fais partie de la communauté religieuse suivante, je voudrais la visite d'un(e) accompagnant(e) (VALM), etc.

---

### Concernant mes obsèques :

- Un contrat a déjà été établi avec les pompes funèbres.
- Je souhaite établir un contrat avec des pompes funèbres.
- Je laisse le choix à mon Représentant thérapeutique/famille.

J'accorde au Représentant thérapeutique toute ma confiance. Au cas où je serai incapable de discernement, mon représentant thérapeutique sera autorisé à recevoir toutes les informations nécessaires à la prise de décision sur mon choix des soins à prodiguer. Les présentes directives peuvent être annulées ou modifiées par moi-même, à tout moment sans limitation de forme.

Lieu et date : La Roche le \_\_\_\_\_ Signature Représentant thérapeutique :

Signature : \_\_\_\_\_

Une copie de ce document est transmise à : \_\_\_\_\_

Mise à jour : il est recommandé de vérifier vos directives anticipées tous les deux ans et d'y apposer une nouvelle date et une nouvelle signature.

Le présent document annule le précédent en date du : \_\_\_\_\_