

Nom : .....

Prénom : .....

### **Mes directives anticipées**

Mes valeurs, convictions et souhaits

Je souhaite bénéficier des mesures palliatives adéquates m'assurant un confort optimum (médecine, soins, physiothérapie, etc.).

Que tout soit entrepris pour calmer mes douleurs ou d'autres symptômes pénibles tels que la détresse respiratoire, la soif, etc., même si les analgésiques devaient altérer mon état de conscience et/ou ma santé.

On renoncera ainsi à appliquer toutes les mesures qui n'auraient pas pour objectif d'alléger ces symptômes.

Je ne souhaite ni alimentation artificielle ni hydratation par perfusion en état d'agonie.

Je souhaite que l'on renonce à toutes les mesures visant la prolongation de la vie,

si le pronostic médical me concernant est sans espoir

si mes fonctions vitales font défaut et que mon état mène inexorablement à la mort.

Je souhaite être réanimé(e)

Oui  Non

Si (et seulement si) les atteintes à mon cerveau devaient être telles qu'elles ne me permettent plus de reprendre conscience, je souhaite

- que les traitements soient interrompus

Oui  Non

- éviter toute réanimation visant à prolonger ma vie.

Oui  Non

Je souhaite

que la prise en charge soit effectuée dans l'EMS selon mon concept d'accompagnement

que la prise en charge soit effectuée en milieu hospitalier

que .....

### **Mon choix de représentant thérapeutique**

Au cas où je ne serais plus capable de m'exprimer, je confère à

.....

- le pouvoir de me représenter pour toute décision en matière de santé, en collaboration avec le médecin et l'équipe des soins

- la responsabilité du respect du suivi de mes volontés exprimées dans ces directives.

J'autorise mon représentant thérapeutique à prendre des renseignements auprès de mon médecin et à consulter mon dossier médical.

Signature :