

**J'ai rédigé ces directives anticipées en étant pleinement capable de discernement.**

Lieu et date

Signature

**Des copies des présentes directives anticipées (avec une déclaration concernant mes valeurs) sont déposées:**

7

### Souhaits en matière de traitement

Jusqu'à présent, j'ai eu recours essen-  
tiellement

- ☐ à des traitements de la médecine académique.
- ☐ à des traitements de la médecine complémentaire.
- ☐ Les deux approches (médecine académique et complémentaire) sont importantes pour moi.
- ☐ Dans la mesure du possible, je souhaite qu'un-e spécialiste de la médecine complémentaire soit impliqué-e dans mes soins et mon traitement.

Les méthodes et approches thérapeutiques suivantes sont importantes pour moi:

- ☐ médecine anthroposophique  
☐ homéopathie ☐ phytothérapie  
☐ acupuncture ☐ autres:

Contact Thérapeute:

8

### Autres souhaits

Ce que j'aimerais encore:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

9



anthrosana

Postplatz 5 | 4144 Arlesheim

Tél. 061 701 15 14

info@anthrosana.ch

[www.anthrosana.ch](http://www.anthrosana.ch)

10

## Directives anticipées

**Paciente /patient**

Nom

Adresse

Date de naissance

## Réanimation

Oui ☐

Non ☐

1

Les personnes suivantes désignées pour me représenter doivent être jointes dans cet ordre si je suis incapable de discernement .:

|                             |
|-----------------------------|
| Nom de la première personne |
|                             |
| Adresse / Contact           |
|                             |
|                             |
|                             |
| Nom de la deuxième personne |
|                             |
| Adresse / Contact           |
|                             |
|                             |
|                             |

Mantien en vie

- ☐ Je **souhaite des mesures de maintien en vie**, le cas échéant même en unité de soins intensifs, s'il y a, en cas de grave maladie ou d'urgence, des perspectives de récupération.
- ☐ Je **souhaite des mesures de maintien en vie** dans une situation qui aboutira avec certitude ou très probablement à une incapacité de discernement permanente.
- ☐ Je **ne souhaite pas** de mesures de maintien en vie dans une situation qui aboutira avec certitude ou très probablement à une **incapacité de discernement permanente**.
- ☐ Je **ne souhaite pas** de mesures de maintien en vie en cas d'urgence ou de grave maladie, même s'il y a des **perspectives de récupération**.

Allègement des souffrances

Traitement de la douleur, de l'agitation et de l'angoisse:

- ☐ Si je souffre de fortes douleurs, d'une grande agitation ou d'angoisse, je souhaite l'administration d'antidouleurs et/ou de tranquillisants de manière généreuse, même s'ils sont susceptibles d'altérer mon état de conscience.
- ☐ Si je souffre de fortes douleurs, d'une grande agitation ou d'angoisse, je souhaite que les antidouleurs et/ou les tranquillisants soient dosés de manière à soulager mes troubles, mais si possible sans altérer ma conscience.
- ☐ Je souhaite que ma médication à base d'antidouleurs et de tranquillisants soit discutée à intervalles réguliers avec la personne qui me représente.

Détresse respiratoire:

Je souhaite que ma détresse respiratoire soit soulagée...

- ☐ ...uniquement **par la respiration artificielle**.
- ☐ ...uniquement **par des médicaments**,...\*
- ☐ ...**par la respiration artificielle et par des médicaments**,...\*

\* Veuillez cocher en complément:

- ☐ pour autant que cela n'altère pas mon état de conscience.
- ☐ même si cela doit altérer mon état de conscience.

Alimentation artificielle:

Si je ne suis plus en mesure de me nourrir et de m'hydrater par voie naturelle:

- ☐ J'accepte une alimentation artificielle (sonde gastrique, perfusion).
- ☐ J'accepte l'apport de liquides (sans sonde gastrique).

Don d'organes et autopsie

Don d'organes

- ☐ Je **ne souhaite pas** faire un don d'organes.
- ☐ Je souhaite faire don de mes organes et je suis d'accord avec les mesures que cela implique.
- ☐ Je ne souhaite faire don que de certains de mes organes, à savoir:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Autopsie clinique

En cas de mort naturelle, une autopsie clinique peut être réalisée dans certains cas (p. ex. pour clarifier des facteurs de risques familiaux ou à des fins scientifiques), pour autant que les proches soient d'accord.

J'autorise une autopsie clinique ...

- ☐ ... oui.
- ☐ ... non.