

## Formulaire de Directives Anticipées (DA)

### Confirmation médicale de la capacité de discernement

La capacité de discernement de :

1

Madame  Monsieur

Prénom

Nom

Né(e) le :

\_\_\_\_\_

Rue, N°

\_\_\_\_\_

NPA, Localité

\_\_\_\_\_

Est confirmée par :

Madame  Monsieur  Titre

Prénom

Nom

\_\_\_\_\_

Rue, N°

\_\_\_\_\_

NPA, Localité

\_\_\_\_\_

Indications sur les critères et les méthodes d'examen utilisés par le médecin :

Date :

Signature + Cachet

-----

-----

## DIRECTIVES ANTICIPÉES

2 Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

**J'ai rédigé les présentes directives anticipées 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.**

Code : FOR-6.6-48	Auteur : HG	Page : 2/7	Date : 01.11.2013
Révision : 0	Libération : PB	Nom du fichier : Formulaire Directives Anticipées	

## PROCURATION

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

Je donne **procuration** à la personne de confiance désignée comme représentant thérapeutique pour faire valoir et respecter les décisions contenues dans les présentes directives anticipées face aux médecins et à l'ensemble du personnel soignant.

3

**Je délie les médecins et l'équipe soignante de leur obligation de garder le secret médical vis-à-vis d'elle.**

Cette personne doit être informée de toutes les mesures médicales prévues, en particulier en ce qui concerne :

- Leur raison d'être, leur but, leur type, les risques, les effets secondaires et les coûts,
- Les conséquences d'une renonciation à ces mesures,
- Les autres possibilités de traitement à disposition.

Cette personne est autorisée à consulter mon dossier médical et à décider en tout temps de modifier mes directives anticipées selon la situation et à prendre toute décision me concernant.

**Personne de confiance :**

Lien avec moi:

Prénom

Nom

Né(e) le :

\_\_\_\_\_

Rue, N°

\_\_\_\_\_

NPA, Localité

\_\_\_\_\_

Tél. privé :

Tél. professionnel :

Tél. mobile :

Courriel :

Est au courant du rôle et du contenu de mes directives anticipées :  Oui  Non

Remarques :

## VOLONTÉS CONCERNANT LES PRISES EN CHARGES MÉDICALES

**Je souhaite une prise en charge médicale** visant à préserver ma vie dans le respect des souhaits exprimés ci-dessous :

4

- **Je souhaite être transféré(e) à l'hôpital afin de préserver ma vie à l'aide de moyens plus invasifs.**  
 Oui       Non
- **Je souhaite bénéficier d'une réanimation dans toute situation.**  
 Oui       Non
- **Je souhaite bénéficier d'une réanimation uniquement en cas de pronostic favorable.**  
 Oui       Non
- **Je suis contre toute tentative de réanimation.**
- **Je souhaite bénéficier d'une alimentation** solide ou liquide par voie orale, par sonde ou perfusion à visée thérapeutique ou palliative.  
  
Momentanément :  Oui       Non  
Durablement :  Oui       Non

### Objectif de traitements, en cas de pronostic incertain ou défavorable

**Je souhaite l'application de toutes les mesures médicales destinées à me maintenir en vie, ou à me guérir ainsi qu'à atténuer les symptômes.**

**Je souhaite uniquement l'application de mesures médicales destinées à atténuer les souffrances, mais pas à me maintenir en vie (soins palliatifs)**

## VOLONTÉS RELATIVES À LA FIN DE VIE

**Souhais relatifs à ma fin de vie :**

5

**Avez-vous fait don de votre corps à la science ?**

Oui       Non

### Dispositions funéraires :

**Avez-vous un « un contrat obsèques » avec une entreprise de pompes funèbres ?**

Oui       Non

**Remarques :**

## DATES ET SIGNATURES

De par ma signature, je confirme le caractère contraignant des volontés exprimées dans ce document concernant ma vie, mes souffrances et ma mort.

6 Les présentes directives anticipées peuvent être annulées ou modifiées par moi à tout moment et en cas d'incapacité de discernement selon la situation par mon représentant thérapeutique.

Le présent document annule tout document antérieur.

Date :

Signature :

---

### Représentant thérapeutique :

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

---

### Médecin :

Nom :

Prénom :

Date :

Cachet / Signature :

N.B : Le document une fois saisi et signé est archivé dans le dossier original de la Résidence des Chênes après avoir été scanné numériquement et adjoint au dossier soins informatisé.

Code : FOR-6.6-48	Auteur : HG	Page : 6/7	Date : 01.11.2013
Révision : 0	Libération : PB	Nom du fichier : Formulaire Directives Anticipées	

## VOLONTÉS PRÉSUMÉES

La capacité de discernement de :

Madame

Monsieur

Prénom

Nom

Né(e) le :

\_\_\_\_\_

Rue, N°

\_\_\_\_\_

NPA, Localité

\_\_\_\_\_

**n'ayant pu être établie à temps, suivent les volontés présumées reconstruites à partir de ses proches, famille, amis, selon la connaissance et les souvenirs qu'ils en ont.**

Fait à :

le :