



# ENREGISTREMENT

Réf :  
E318/ENRE/PPAT/033

Version : 2

Date : 05/10/2020

Page(s) : 1

## Directives Anticipées en matière de soins de santé (version longue)

Je soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....

A : .....

Déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés.

- Je suis en pleine santé
- Je suis atteint d'une maladie grave potentiellement incurable

### MES VALEURS ET CROYANCES :

.....

.....

.....

.....

.....

### JE SOUHAITE QUE L'ON RESPECTE CE QUI SUIT :

.....

.....

.....

.....

.....

### Soulager la douleur

- Je ne veux pas que mes douleurs soient traitées
- Je veux que mes douleurs soient traitées conformément aux connaissances issues des soins palliatifs modernes et pars du principe que ce sera le cas.
- Si malgré les meilleurs traitements actuels je devais souffrir de douleurs, je veux que les médicaments contre la douleur, les sédatifs et autres médicaments nécessaires soient dosés en conséquence afin de soulager les symptômes. Ce faisant, j'accepte que mon état de conscience puisse être altéré et la durée de vie diminuée.
- Je tiens à préserver des périodes de lucidité. Si malgré les meilleurs traitements actuels je devais souffrir de douleurs, je veux que les médicaments contre la douleur, les sédatifs et autres médicaments nécessaires soient administrés uniquement pour rendre mon état supportable.



## Directives Anticipées en matière de soins de santé (version longue)

### Instructions particulières :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Soulager la dyspnée

La sensation de ne plus pouvoir respirer correctement peut provoquer des angoisses.

Il existe des mesures qui soutiennent la fonction respiratoire et évitent ainsi la dyspnée.

Dans le domaine des soins palliatifs, la dyspnée est soulagée par des médicaments et d'autres mesures thérapeutiques. Au besoin, on administre de l'oxygène par le biais d'une sonde nasale.

Une assistance respiratoire peut être instaurée par un masque respiratoire, un tuyau posé dans la trachée via la bouche ou le nez, ou par une trachéotomie (ouverture pratiquée chirurgicalement).

- Je ne souhaite pas d'assistance respiratoire. La dyspnée doit uniquement être traitée par des mesures palliatives efficaces.
  - Si malgré les meilleurs traitements actuels je devais souffrir de dyspnée, je veux que les médicaments contre la dyspnée, sédatifs et autres médicaments nécessaires, soient dosés en conséquence afin de soulager les symptômes. Ce faisant, j'accepte que mon état de conscience puisse être altéré et la durée de vie diminuée.
- Je tiens à préserver des périodes de lucidité. Si malgré les meilleurs traitements actuels je devais souffrir de dyspnée, je veux que les médicaments contre la dyspnée, sédatifs et autres médicaments nécessaires, soient administrés uniquement pour rendre mon état supportable.
- Je souhaite une assistance respiratoire
  - A l'aide d'un masque respiratoire, mais sans intubation, ni trachéotomie, si tant est que l'équipe soignante estime que la respiration artificielle est médicalement indiquée.
  - Également au moyen d'une intubation ou d'une trachéotomie, si tant est que l'équipe soignante estime que la respiration artificielle est médicalement indiquée.

Intubation : introduction d'un tube dans la trachée ou le larynx qui favorise la respiration artificielle.

## Directives Anticipées en matière de soins de santé (version longue)

### Instructions particulières :

.....

.....

.....

.....

.....

### Alimentation

- Je veux que l'on respecte mon refus de manger et d'être alimenté. Cela signifie que l'on cesse de me nourrir dès l'instant où je le signale, par exemple en fermant la bouche ou en hochant de la tête.
- Je refuse de recevoir des compléments alimentaires (p. ex. vitamines, boissons énergétiques, etc.).
- Je souhaite recevoir des compléments alimentaires (p. ex. vitamines, boissons énergétiques, etc.).

### Alimentation artificielle :

L'alimentation artificielle fait partie des mesures destinées à maintenir en vie.

Le souhait d'une alimentation artificielle, même dans la dernière phase d'une maladie incurable, est exaucé seulement si l'équipe médicale et soignante la considère comme adaptée médicalement. Une alimentation artificielle n'est pas adaptée par exemple quand le patient est en phase finale ou sur le point de mourir.

L'alimentation artificielle peut se faire de trois manières :

- par sonde nasogastrique (tuyau flexible introduit dans l'estomac par le nez)
- par sonde gastrique percutanée à travers la paroi abdominale
- par perfusion intraveineuse

### Alimentation par sonde nasogastrique :

- Je refuse d'être alimenté par une sonde nasogastrique même si cela devait abrégé ma vie. La prise en charge se limitera aux soins de bouche.
- Même en fin de vie d'une maladie incurable, je souhaite, si je ne peux plus absorber une quantité suffisante de nourriture par voie naturelle, être alimenté par une sonde nasogastrique, pour autant que cela soit indiqué sur le plan médical.



# ENREGISTREMENT

Réf :  
E318/ENRE/PPAT/033

Version : 2

Date : 05/10/2020

Page(s) : 4

## Directives Anticipées en matière de soins de santé (version longue)

### Alimentation par sonde gastrique percutanée :

- Je refuse d'être alimenté par une sonde gastrique percutanée même si cela devait abrégé ma vie. La prise en charge se limitera aux soins de bouche.
- Même en fin de vie d'une maladie incurable, je souhaite, si je ne peux plus absorber une quantité suffisante de nourriture par voie naturelle, être alimenté par une sonde gastrique percutanée, à condition que cela soit indiqué sur le plan médical.

### Alimentation par perfusion intraveineuse :

- Je refuse d'être alimenté par perfusion, même si cela devait abrégé ma vie. La prise en charge se limitera aux soins de bouche.
- Même en fin de vie d'une maladie incurable, je souhaite, si je ne peux plus absorber une quantité suffisante de nourriture par voie naturelle, être alimenté par perfusion, à condition que cela soit indiqué sur le plan médical.

### Instructions particulières :

.....

.....

.....

.....

.....

## Hydratation

Si je ne peux plus boire de façon naturelle

- Je refuse d'être hydraté par voie intra veineuse.
- Je demande une hydratation par voie intraveuse si l'on constate que j'ai soif.

### Instructions particulières :

.....

.....

.....

.....

.....

### Mesures de maintien en vie

- En cas de complications, je refuse toutes mesures de maintien en vie. Je souhaite uniquement des soins et un accompagnement qui soulagent les symptômes.
- L'équipe médicale et soignante devra s'abstenir de prendre des mesures diagnostiques et thérapeutiques qui servent explicitement à me maintenir en vie.
- Des mesures comme la respiration artificielle, la dialyse, les médicaments soutenant le fonctionnement du système cardiovasculaire, les antibiotiques et les transfusions seront stoppées. Des mesures diagnostiques et thérapeutiques doivent servir uniquement à une prise en charge palliative optimale (soulagement des symptômes).
- En cas de complications, je demande que les thérapeutiques suivantes soient mises en place :
- les antibiotiques en cas d'infection : oui / non
  - les transfusions en cas d'anémie : oui / non
  - la dialyse en traitement de l'insuffisance rénale : oui / non
  - les médicaments soutenant le fonctionnement du système cardiovasculaire : oui / non
- Je veux que l'équipe médicale et soignante épuise toutes les possibilités à disposition pour me maintenir en vie, pour autant qu'elles soient médicalement indiquées.

#### Instructions particulières :

.....

.....

.....

.....

.....

### Réanimation

La réanimation est l'ensemble des mesures d'urgence prises immédiatement après un arrêt cardiovasculaire et/ou respiratoire avec perte de conscience. Elle vise à rétablir le plus rapidement possible les fonctions circulatoires et respiratoires pour assurer un apport d'oxygène suffisant aux organes vitaux (en particulier au cerveau, au cœur et aux reins).

Les mesures de réanimation cardio-pulmonaire comprennent notamment le massage cardiaque, la défibrillation, l'intubation, la respiration artificielle, ainsi que l'administration de médicaments qui stimulent la circulation sanguine. Si les mesures de réanimation échouent ou ne sont pas pratiquées, la mort est inéluctable.



# ENREGISTREMENT

Réf :  
E318/ENRE/PPAT/033

Version : 2

Date : 05/10/2020

Page(s) : 6

## Directives Anticipées en matière de soins de santé (version longue)

En cas d'arrêt cardiovasculaire et/ou respiratoire

- Je souhaite des mesures de réanimation.
- Je refuse toute mesure de réanimation.

Défibrillation : transmission contrôlée d'un « électrochoc » au muscle cardiaque pour restaurer l'activité cardiaque.

Intubation : mise en place d'un tuyau par la bouche ou le nez qui permet l'accès aux voies respiratoires.

Instructions particulières :

.....

.....

.....

.....

.....

### Lieu du décès

Décider du lieu du décès est une discussion importante à mener avec les proches.

Ces derniers doivent avoir la possibilité d'exprimer ce qu'ils ont la force d'entreprendre ou non.

- Dans la mesure du possible, je voudrais rester à la maison, dans mon environnement ou chez une personne qui m'est proche.
- Je préfère mourir dans un établissement qui propose des soins palliatifs.

Instructions particulières :

.....

.....

.....

.....

.....



### Directives relatives à mon corps après mon décès

#### Le don d'organes :

Je consens /  je ne consens pas à donner tous mes organes

Je consens /  je ne consens pas à faire don de mes organes à l'exception des organes suivants :

.....  
 .....  
 .....

#### Instructions particulières :

.....  
 .....  
 .....

Je consens à ce qu'un exemplaire de mes directives anticipées soit conservé au sein de l'établissement :  oui /  non

Je consens à ce qu'un exemplaire de mes directives anticipées soit envoyé à mon médecin traitant :  oui /  non

Fait à ..... le : ..... / ..... / .....

Signature :

Si le patient est dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les deux témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Un des 2 témoins devra être la personne de confiance, si elle a été désignée.

1 <sup>er</sup> témoin	2 <sup>nd</sup> témoin
Nom, prénom : .....	Nom, prénom : .....
En qualité de : .....	En qualité de : .....
Atteste que ce document écrit correspond aux volontés exprimées de .....	Atteste que ce document écrit correspond aux volontés exprimées de .....
Date : ..... / ..... / .....	Date : ..... / ..... / .....
Signature :	Signature :