Directives anticipées

DocumentHumain

Mes volontés juridiquement contraignantes et mes souhaits relatifs aux traitements médicaux, à ma prise en charge, à ma fin de vie et à ma mort

établies par :

.....

Prénom, Nom

DIALOG ETHIK
Institut interdisciplinaire d'éthique en santé publique

Fondation Suisse de Cardiologie
Active contre les maladies cardiaques et l'attaque cérébrale

Editeur

Dialog Ethik
Institut interdisciplinaire d'éthique en santé publique
Schaffhauserstrasse 418
CH-8050 Zürich
Tél. 044 252 42 01
Fax 044 252 42 13
info@dialog-ethik.ch
www.dialog-ethik.ch

Auteurs

Patrizia Kalbermatten-Casarotti, lic. ès sciences sociales, MAS, collaboratrice scientifique directives anticipées, Institut Dialog Ethik, Zurich
Daniela Ritzenthaler-Spielmann, lic. ès sciences sociales, collaboratrice scientifique directives anticipées, Institut Dialog Ethik, Zurich
Christoph Cottier, Privat-docent, Dr. med., ancien médecin-chef de l'Hôpital régional Emmental, Burgdorf
Hildegard Huber, MAS, infirmière spécialisée Hôpital Uster
Markus Breuer, Dr rer. soc., chef du Service Formation, Institut Dialog Ethik, Zurich
Franz Michel, Dr. med., FMH médecine interne, spéc. pneumologie, Centre suisse de paraplégiques, Nottwil
Ruth Baumann-Hölzle, Dr. en théologie, directrice de l'Institut Dialog Ethik, Zurich

Relecture

Pasteur Ulrich Bosshard, directeur de l'aumônerie de l'église évangélique-réformée du Canton de Zurich
Anja Bremi, Schweizerischer Verband für Seniorenfragen/Association Suisse des Aînés et Rentiers, Reinach
Jürg Gassmann, lic. iur., avocat, Winterthur
Andreas U. Gerber, Prof. Dr. med., MAS, ancien médecin-chef de médecine interne au Centre hospitalier Biel/Bienne, membre individuel de l'ASSM, Burgdorf
Pasteur Dieter Graf, directeur des aumôniers à l'Hôpital universitaire de Zurich
Pasteur Daniela Jerusalem-Stucki, pasteure responsable des aumôneries de centres de soin, église évangélique-réformée du Canton de Zurich
Bruno Regli, Dr. med., médecin-chef suppléant, Clinique universitaire de médecine intensive, Hôpital de l'Ile, Berne
Reto Stocker, Prof. Dr med., médecin spécialisé en anesthésiologie et médecine intensive, directeur de l'Institut de médecins anesthésistes et intensivistes, Clinique Hirslanden, Zurich

© Dialog Ethik, version octobre 2012

La version allemande est la version d'origine.

Dans le présent document, le masculin est utilisé afin d'alléger le texte p.ex. « le patient » inclut également la patiente.

Table des matières

1. Données personnelles 7
2. Les motifs personnels qui m'amènent à rédiger des directives anticipées 7
   2.1 Maladies existantes 7
   2.2 Objectif du traitement médical et de la prise en charge 8
3. Personnes habilitées à me représenter 9
4. Personnes non désirées 11
5. **Dispositions médicales 12**
   5.1 Mesures de maintien en vie 12
   5.2 Mesures de réanimation en milieu hospitalier ou dans une institution 14
   5.3 Respiration assistée 15
   5.4 Alimentation et hydratation artificielles 16
   5.5 Apaisement de la douleur et de l'angoisse 17
   5.6 Hospitalisation en cas de soins permanents importants 18
6. Assistance spirituelle et accompagnement en fin de vie 19
   6.1 Assistance spirituelle en milieu institutionnel 19
   6.2 Accompagnement en fin de vie 20
   6.3 Rituels et gestes religieux peu avant ou après le décès 21
7. Lieu de décès 21
8. Don d'organes, de tissus et de cellules 22
   8.1 Don d'organes en cas de mort par lésion cérébrale 22
   8.2 Don d'organes en cas de mort par arrêt cardio-circulatoire 22
9. Mes volontés post-mortem 23
   9.1 Autopsie 23
   9.2 Léguer son corps à un institut anatomique 23
   9.3 Consultation de mon dossier médical après mon décès 23
   9.4 Utilisation de mon dossier médical à des fins de recherche 24
   9.5 Funérailles 24
10. Date et signature 25

Mise à jour des directives anticipées 26

Annexe: Adresses utiles 27

Remarque importante

Le Guide qui accompagne ces directives anticipées contient des informations importantes sur les situations concrètes où les directives trouveront leur application ainsi que des explications pour vous aider à remplir le document. Pour toutes les questions qui seraient restées en suspens, n'hésitez pas à contacter le service de conseil de Dialog Ethik au numéro 0900 418 814*. Ce numéro est également à la disposition des personnes habilitées à vous représenter et du personnel médical et soignant lors de situations où les directives anticipées doivent être appliquées. Vous trouverez également d'autres renseignements concernant le service de conseil à la page 27 du Guide ainsi que sur www.dialog-ethik.ch.

* Dialog Ethik est une organisation d'utilité publique sans but lucratif. Un montant de CHF 2.–/minute depuis le réseau fixe, destiné à couvrir les frais, est facturé pour cette prestation de service.

Idée directrice de ces directives anticipées

Les directives anticipées doivent permettre à un patient que ses demandes de traitement et de soins soient appliquées, s'il se trouve dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Elles renforcent ainsi son droit à l'autodétermination. De plus, elles déchargent l'équipe soignante et les personnes habilitées à le représenter, puisque ce document leur fait savoir comment décider et agir selon sa volonté.

Les directives anticipées entendent soutenir le dialogue entre le patient, les personnes habilitées à le représenter et l'équipe médicale et soignante, et développer une attitude de partenariat pour la discussion et la prise de décision au moment de leur application concrète.

1. Données personnelles

Prénom	Nom
Rue / N°	Code postal / Lieu
Tél. privé	Portable
Tél. prof.	E-Mail
Date de naissance	Lieu d'origine / Canton
Religion / Confession	

2. Les motifs personnels qui m'amènent à rédiger des directives anticipées

Guide page 7

2.1 Maladies existantes

☐ Au moment d'établir ou d'actualiser les présentes directives anticipées, je ne suis atteint d'aucune maladie mais je souhaite prendre les mesures nécessaires pour le cas où je ne serais plus capable de discernement.

☐ Au moment d'établir ou d'actualiser les présentes directives anticipées, je souffre de la maladie suivante. Je suis informé de son évolution et des possibilités de traitement.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2.2 Objectif du traitement médical et de la prise en charge

Guide page 7

Je peux m'imaginer vivre avec les limitations suivantes :

Dans les situations suivantes je souhaite que les mesures médicales ne servent plus en premier lieu à me maintenir en vie, mais à me soulager au mieux :

Mes initiales : _____

Guide
page 8

3. Personnes habilitées à me représenter

Selon l'art. 378 du CC, les personnes suivantes sont habilitées à représenter un patient incapable de discernement au moment de prendre une décision sur des mesures médicales soit dans l'ordre :

- la personne désignée dans les directives anticipées ou dans un mandat pour cause d'inaptitude ;
- le curateur qui a pour tâche de le représenter dans le domaine médical ;
- son conjoint ou son partenaire enregistré, s'il fait ménage commun avec lui ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière ;
- la personne qui fait ménage commun avec la personne incapable de discernement et qui lui fournit une assistance personnelle régulière ;
- ses descendants*;
- ses père et mère*;
- ses frères et soeurs*.

* A condition qu'il / elle lui fournisse une assistance personnelle régulière.

Dans le sens de la réglementation ci-dessus, **je désigne la personne ci-après comme étant habilitée à me représenter :**

Prénom	Nom
Rue / N°	Code postal / Lieu
Tél. privé	Portable
Tél. prof.	E-Mail
Date de naissance	Lieu d'origine / Canton
Nature de la relation	

La personne habilitée à me représenter prend des décisions à ma place dans le domaine médical et des soins si je ne suis plus capable de discernement :

- elle est informée sur mon état de santé et sur les pronostics quant à l'évolution de la maladie ;
- elle est associée à l'établissement du plan thérapeutique et de prise en charge ;
- elle impose ma volonté telle qu'elle est exprimée dans les présentes directives ;

- elle est habilitée à me représenter et à donner son accord ou refuser les mesures médicales prévues. Pour les questions médicales et relevant des soins qui ne sont pas couvertes par ces directives, la personne habilitée à me représenter décide à ma place dans le sens de mes directives anticipées et selon ma volonté présumée (art. 378 CC, al. 3) ;
- elle est habilitée à autoriser un éventuel prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules, sous réserve de mes dispositions au chapitre 8 des présentes directives.

Si la personne habilitée à me représenter est dans l'impossibilité d'exercer sa fonction, les personnes suivantes sont autorisées à assumer ce rôle :

Prénom	Nom
Rue / N°	Code postal / Lieu
Tél. privé	Portable
Tél. prof.	E-Mail
Date de naissance	Lieu d'origine / Canton
Nature de la relation	

Prénom	Nom
Rue / N°	Code postal / Lieu
Tél. privé	Portable
Tél. prof.	E-Mail
Date de naissance	Lieu d'origine / Canton
Nature de la relation	

☐ J'ai discuté les directives anticipées avec les personnes habilitées à me représenter désignées ci-dessus.

Mes initiales : _____

☐ Je n'ai pas désigné de personne habilitée à me représenter et je souhaite que mes proches parents exercent ce droit (comme prévu par la loi – art. 378 CC).

☐ Je n'ai pas désigné de personne habilitée à me représenter et je ne souhaite pas que mes proches parents (comme prévu par la loi) exercent ce droit. Je prends note que l'autorité de protection de l'adulte désignera selon toute probabilité un curateur avec un droit de représentation lorsqu'il s'agira de décider d'un traitement médical sur lequel je ne me suis pas exprimé dans les directives anticipées.

4. Personnes non désirées

☐ Je souhaite que les personnes ci-après ne soient pas autorisées à me rendre visite, ni informées sur mon état de santé, et qu'elles ne puissent exercer aucune influence de quelque manière que ce soit.

Prénom | Nom

Rue / N° | Code postal / Lieu

Nature de la relation

Remarques

Prénom | Nom

Rue / N° | Code postal / Lieu

Nature de la relation

Remarques

5. Dispositions médicales

Guide page 9

Guide page 10

5.1 Mesures de maintien en vie

Si je devais me trouver dans l'une des situations ci-dessous, j'attends de l'équipe médicale qu'elle applique les mesures suivantes (au cas où les dispositions prévues dans mes directives anticipées ne suffiraient pas à prendre une décision, la personne habilitée à me représenter est autorisée à approuver ou refuser les mesures médicales proposées, selon ma volonté présumée) :

	… l'on renonce aux mesures de maintien en vie (y compris les tentatives de réanimation) au profit d'un traitement selon l'approche des soins palliatifs modernes.	**… l'on utilise les mesures thérapeutiques possibles pour me maintenir en vie dans le cadre du plan thérapeutique.**
En cas de perte prolongée des capacités de communication (par accident ou maladie – par exemple attaque cérébrale) avec de très faibles chances de pouvoir entrer à nouveau en relation avec les autres un jour, je souhaite (même si la mort n'est pas encore prévisible) que …	☐	☐
Lors d'une prise en charge nécessitant des soins intensifs avec une perspective négative à long terme, je souhaite (même si une amélioration de courte durée est possible) que …	☐	☐
Au cours d'une maladie évolutive et incurable (par exemple le cancer, la démence) **où je dois faire face à de graves limitations physiques et/ou intellectuelles,** je souhaite (même si la mort n'est pas encore prévisible) que …	☐	☐
Dans la phase finale d'une maladie incurable dont l'issue est fatale, je souhaite (même si la mort n'est pas encore prévisible) que …	☐	☐
En fin de vie, lorsque la mort est imminente, je souhaite que …	☐	☐

Mes initiales : _____

Les soins palliatifs comprennent, dans le cadre d'une approche globale, le traitement et la prise en charge de personnes atteintes de maladies incurables. Ces soins ont pour objectif de maintenir la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort et cherchent tout d'abord à soulager au mieux les douleurs et les symptômes difficiles à supporter comme les difficultés respiratoires, les nausées, les angoisses et la confusion. Ils prennent également en considération les aspects sociaux, moraux, spirituels et religieux, en fonction des désirs du patient.

Instructions particulières :

Guide
page 11

5.2 Mesures de réanimation en milieu hospitalier ou dans une institution

☐ Dans le cas d'un séjour hospitalier ou dans un home, et en particulier avant une intervention chirurgicale, si je ne suis plus capable de discernement, j'attends que le médecin compétent envisage avec la personne habilitée à me représenter la possibilité d'un éventuel arrêt cardio-circulatoire et les mesures de réanimation éventuelles.

Dans la situation décrite ci-dessous, qui demande toujours des décisions difficiles à prendre dans la pratique, j'attends de l'équipe soignante qu'elle adopte l'attitude suivante :

	… **l'on renonce aux mesures de réanimation** en cas d'un arrêt cardio-circulatoire.	… **l'on prenne des mesures de réanimation** en cas d'un arrêt cardio-circulatoire dans le cadre du plan thérapeutique.
Dans le cas d'une maladie à la fois incurable et évolutive qui peut s'étendre sur des mois voire des années, je souhaite que …	☐	☐

Instructions particulières :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Mes initiales : _____

Guide
page 14

5.3 Respiration assistée

Les situations énumérées ci-dessous demandent toujours des décisions difficiles à prendre dans la pratique. Dans ces situations, j'attends de l'équipe soignante qu'elle adopte l'attitude suivante :

	... l'on renonce à une assistance respiratoire mécanique. Pour lutter efficacement contre les difficultés respiratoires, on appliquera plutôt des mesures palliatives optimales (administration de médicaments et d'oxygène).	**... l'on mette en place une assistance respiratoire mécanique** sous la forme d'un masque, d'une intubation ou d'une trachéotomie dans le cadre du plan thérapeutique.
Lors d'une maladie chronique, incurable et évolutive (par exemple maladie neuro-musculaire ou musculaire avec diminution de la capacité respiratoire – SLA, sclérose en plaques, maladie de Duchenne –, cancer, affection pulmonaire chronique avancée – BPCO), je souhaite que ...	☐	☐
Dans la phase finale d'une maladie incurable dont l'issue est fatale, je souhaite (même si la mort n'est pas encore prévisible) que ...	☐	☐

Instructions particulières :

_____

_____

_____

_____

_____

5.4 Alimentation et hydratation artificielles

Guide page 16

L'administration par voie naturelle d'aliments et de liquides fait partie des soins de base. A l'opposé, l'alimentation et l'hydratation artificielles représentent des interventions médicales auxquelles le patient doit consentir.

Les situations énumérées ci-dessous demandent toujours des décisions difficiles à prendre dans la pratique. Dans ces situations, j'attends de l'équipe soignante qu'elle adopte l'attitude suivante :

	... **l'on renonce à une alimentation et une hydratation artificielles.** Je suis conscient que ce choix est susceptible d'abréger ma vie. On apaisera la faim et la soif par des mesures palliatives optimales de soins et de médication.	... **l'on recoure à l'alimentation et l'hydratation artificielle** selon le plan thérapeutique.
En cas de perte prolongée des capacités de communication (par accident ou maladie – par exemple attaque cérébrale) avec de très faibles chances de pouvoir entrer à nouveau en relation avec les autres un jour, je souhaite (même si la mort n'est pas encore prévisible) que ...	☐	☐
Dans la phase finale d'une maladie incurable dont l'issue est mortelle, je souhaite (même si la mort n'est pas encore prévisible) que ...	☐	☐
Lors d'une faiblesse irréversible due au grand âge ou d'une démence avancée qui m'obligent à rester alité et où je suis dans l'incapacité d'exprimer ma volonté, je souhaite que ...	☐	☐

Instructions particulières :

_____

_____

_____

Mes initiales : _____

Guide
page 18

5.5 Apaisement de la douleur et de l'angoisse

☐ J'attends que l'on traite mes douleurs et les autres symptômes accablants selon le principe des soins palliatifs modernes.

	... **les médicaments anti-douleurs et les sédatifs soient dosés généreusement.** Ce faisant j'accepte aussi une éventuelle altération de ma conscience ou un raccourcissement de ma durée de vie.	... **les médicaments anti-douleurs et les sédatifs ne me soient administrés que pour rendre mon état supportable.** Il est important pour moi de rester conscient le plus longtemps possible.
En cas de douleurs, de nausées, d'anxiété et d'agitation, je souhaite que ...	☐	☐

Instructions particulières :

5.6 Hospitalisation en cas de soins permanents importants

Guide page 19

	… **ne pas être hospitalisé.** Cela nécessite que les soins de base dont j'ai besoin puissent être assurés dans le lieu où je me trouve.	… **une hospitalisation uniquement** si cette mesure peut apporter une **amélioration de la qualité de vie ou un soulagement des douleurs aiguës ou autres symptômes pesants.**	… **une hospitalisation.**
Si je suis atteint d'une maladie incurable et/ou me trouve dans un état de faiblesse irréversible dû au grand âge, qui m'obligent à rester toujours alité et dépendant d'une aide extérieure, et que je sois incapable de discernement, je souhaite, si mon état de santé devait se dégrader, …	☐	☐	☐

Instructions particulières :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Mes initiales : _____

6. Assistance spirituelle et accompagnement en fin de vie

6.1 Assistance spirituelle en milieu institutionnel

☐ Pendant une hospitalisation ou un séjour dans un home, je souhaite être pris en charge par l'accompagnateur spirituel suivant :

Prénom	Nom
Rue / N°	Code postal / Lieu
Tél. privé	Portable
Tél. prof.	E-Mail

Arrangements éventuels :

_____

_____

_____

☐ Je n'ai pas d'accompagnateur spirituel personnel et fais volontiers appel à l'aumônerie de l'hôpital ou du home.

☐ D'avance je renonce expressément à faire appel à l'aumônerie de l'hôpital ou du home.

6.2 Accompagnement en fin de vie

☐ Lorsque ma vie approchera de son terme, je souhaite être accompagné par l'accompagnateur spirituel que voici :

Prénom | Nom

Rue / N° | Code postal / Lieu

Tél. privé | Portable

Tél. prof. | E-Mail

Arrangements éventuels :

☐ Je n'ai pas d'accompagnateur spirituel personnel et fais volontiers appel à l'aumônerie de l'hôpital ou du home.

☐ D'avance je renonce expressément à faire appel à l'aumônerie de l'hôpital ou du home.

☐ En lieu et place d'un accompagnement religieux, je souhaite être accompagné par la personne suivante qui m'est proche :

Prénom | Nom

Rue / N° | Code postal / Lieu

Tél. privé | Portable

Tél. prof. | E-Mail

Arrangements éventuels :

Mes initiales : _____

6.3 Rituels et gestes religieux peu avant ou après le décès

☐ Il est très important pour moi de pouvoir bénéficier à temps, juste avant ou après ma mort, des rituels et gestes prévus par ma religion/confession. Il s'agit de :

_____

_____

_____

_____

☐ Je ne souhaite ni actes ni gestes religieux juste avant ou après ma mort.

7. Lieu de décès

☐ Je voudrais si possible mourir **à la maison** (ou dans mon entourage familier – par exemple dans le home où je vis).

☐ Je voudrais mourir **dans une institution** (qui offre si possible les soins palliatifs).

Instructions particulières :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

8. Don d'organes, de tissus et de cellules

Guide page 20

8.1 Don d'organes en cas de mort par lésion cérébrale

Guide page 21

☐ Si ma mort intervient suite à une lésion cérébrale, je suis prêt à faire don de mes organes, tissus et cellules comme suit (j'ai coché ce qui convient) :

○ Coeur ○ Poumons ○ Foie ○ Reins

○ Intestin grêle ○ Pancréas

○ Cornée ○ Peau ○ ainsi que d'autres tissus et cellules

Ce consentement porte également sur les mesures médicales qui permettent de préserver la fonction des organes concernés (par exemple la poursuite de la thérapie entamée malgré un pronostic sans espoir, l'administration de médicaments pour le maintien de la fonction cardio-vasculaire, les tests sanguins pour le contrôle du traitement, etc.).

☐ Je ne souhaite pas de prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules en vue d'un don suite à une lésion cérébrale.

8.2 Don d'organes en cas de mort par arrêt cardio-circulatoire

Guide page 21

☐ Si ma mort intervient après une réanimation infructueuse ou après la décision de l'équipe médicale et soignante de mettre fin aux mesures de maintien en vie dont le pronostic est sans espoir, j'autorise le prélèvement des organes, tissus et cellules suivants (j'ai coché ce qui convient) :

○ Coeur ○ Poumons ○ Foie ○ Reins

○ Intestin grêle ○ Pancréas

○ Cornée ○ Peau ○ ainsi que d'autres tissus et cellules

Ce consentement porte également sur les mesures médicales avant le constat de mon décès et qui permettent de préserver la fonction des organes concernés (par exemple les tests sanguins et autres analyses, l'injection de médicaments, massage cardiaque, pose de sondes permettant l'irrigation et le refroidissement des organes, etc.).

☐ Je ne souhaite pas de prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules en vue d'un don en cas de mort due à un arrêt cardio-circulatoire.

9. Mes volontés post-mortem

Guide page 22

9.1 Autopsie

☐ Je ne souhaite pas d'autopsie.

☐ Je consens à une autopsie à des fins de formation et/ou de recherche.

Dans le cas d'un décès inhabituel, l'autopsie (autopsie médico-légale) est obligatoire même si le défunt n'a pas souhaité d'autopsie.

Guide page 22

9.2 Léguer son corps à un institut anatomique

☐ Je ne souhaite pas faire don de mon corps pour la recherche médicale après ma mort.

☐ Après ma mort, je lègue mon corps sans restrictions pour la recherche médicale (j'ai signé un formulaire « Dernière volonté » dans ce sens auprès d'une université).

_____

Nom de l'Université :

_____

Guide page 23

9.3 Consultation de mon dossier médical après mon décès

Les personnes suivantes sont autorisées à consulter mon dossier médical :

_____

Prénom | Nom

_____

Rue / N° | Code postal / Lieu

_____

Prénom | Nom

_____

Rue / N° | Code postal / Lieu

☐ Je n'autorise personne à consulter mon dossier médical.

9.4 Utilisation de mon dossier médical à des fins de recherche

Guide page 23

Mon dossier médical

- ☐ peut être utilisé (sous réserve du respect des règles de protection des données)
- ☐ ne doit pas être utilisé

à des fins de recherche.

9.5 Funérailles

Type de funérailles

Je souhaite

- ☐ une incinération
- ☐ une inhumation

Tombe

Je souhaite

- ☐ une tombe conventionnelle
- ☐ une tombe familiale
- ☐ la tombe commune (jardin du souvenir)
- ☐ une urne dans un columbarium
- ☐ être inhumé dans le lieu que voici :

_____

- ☐ renoncer à une tombe
- ☐ un autre type de funérailles :

_____

Mes initiales : _____

Obsèques

Je souhaite

☐ renoncer à des obsèques

☐ des obsèques sous la forme suivante :

_____

_____

Guide page 23

10. Date et signature

J'ai établi les présentes directives anticipées après mûre réflexion, en pleine possession de mes facultés mentales, et donc de ma capacité de discernement. Elles s'appliquent aux situations où je ne serais plus en mesure de prendre les décisions quant à mon traitement médical et ma prise en charge, ni de communiquer ma volonté à autrui. J'exerce ainsi mon droit de faire connaître mes volontés contraignantes aux médecins, au personnel soignant et aux personnes habilitées à me représenter, selon les art. 370 et 372 du CC.

Je suis conscient que le refus de certaines mesures médicales et de soins pourrait accélérer le processus de ma mort. Or, même si je renonce aux mesures destinées à prolonger la vie, je pars toujours de l'idée que je serai pris en charge et soigné selon les principes des soins palliatifs (voir par exemple www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/actualite.html). Je suis informé que je ne peux exiger des mesures médicales et de soins que dans la mesure où celles-ci sont en conformité avec les règles de l'art médical. J'exprime d'ores et déjà ma reconnaissance au personnel médical et soignant pour sa prise en charge sensible et attentive au travers de laquelle il me reconnaît comme une personne à part entière.

☐ Les dispositions des présentes directives restent applicables même si des événements imprévus ont affecté le traitement (par exemple lors d'une erreur de traitement).

veuillez signer ici :

Lieu / date : Signature :

Information importante

Vous avez la possibilité de faire mentionner l'existence des directives anticipées et le lieu de leur dépôt sur votre carte d'assuré.

L'établissement de directives anticipées est un acte volontaire. Tant que vous êtes capable de discernement, vous pouvez les modifier ou les révoquer en tout temps.

Mise à jour des directives anticipées

Guide page 25

Cette page est destinée à la mise à jour de vos directives anticipées. Nous vous recommandons de vérifier environ tous les deux ans vos directives. Datez et signez à nouveau vos directives après chaque vérification et modification.

Ces directives anticipées correspondent toujours à ma volonté, ce que j'atteste par ma signature renouvelée.

Lieu/date :	Signature :

Mes initiales : _____

DIALOG ETHIK
Institut interdisciplinaire
d'éthique en santé publique

Dialog Ethik est un organisme indépendant à but non lucratif. Cette équipe interdisciplinaire de professionnels s'interroge sur la meilleure façon d'agir et de décider dans le domaine de la santé et du social. L'Institut est spécialisé dans le transfert de connaissances de la science à la pratique et vice-versa. Dialog Ethik apporte son soutien aux professionnels, aux patients, aux hôpitaux, institutions et homes ainsi qu'à d'autres organisations. En outre, Dialog Ethik encourage le débat public sur des questions éthiques. Les directives anticipées sont un instrument de décision qui contribue d'une part à assurer le bien-être des patients et d'autre part à décharger les proches et le personnel soignant.

Dons: CCP 85-291588-7 IBAN CH61 0070 01115 5001 9992 2

Schaffhauserstrasse 418, 8050 Zurich, Tél. 044 252 42 01, Fax 044 252 42 13,
info@dialog-ethik.ch, www.dialog-ethik.ch

Information et service de conseil

Conseil téléphonique: 0900 418 814 (CHF 2.–/minute depuis le réseau fixe)

Vous trouvez des informations plus détaillées sur l'offre de conseil à la page 27 du guide pour les directives anticipées et sur www.dialog-ethik.ch

Fondation Suisse
de Cardiologie

Active contre les maladies cardiaques et l'attaque cérébrale

Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès en Suisse. La Fondation Suisse de Cardiologie s'engage à soulager les souffrances existantes et à en prévenir de futures. En plus de la recherche, de l'information et de la prévention, ainsi que des conseils et de l'accompagnement de personnes concernées, s'y ajoute le souci d'une mort humaine. La Fondation Suisse de Cardiologie publie conjointement avec Dialog Ethik les directives anticipées complétées par un passage spécifique sur la réanimation lors d'arrêt cardiaque.

Dons: CCP 10-65-0 IBAN CH16 0900 0000 1000 0065 0

Schwarztorstrasse 18, Case postale 368, 3000 Berne 14, Tél. 031 388 80 80,
Fax 031 388 80 88, info@swissheart.ch, www.swissheart.ch

DIALOG ETHIK
Institut interdisciplinaire
d'éthique en santé publique

Fondation Suisse
de Cardiologie

Active contre les maladies cardiaques et l'attaque cérébrale