

Directives anticipées du patient

Ce document peut être utilisé comme un formulaire.
Conservez vos directives anticipées du patient de telle manière
qu'elles puissent être trouvées en cas de besoin. Vous pouvez en
remettre une copie à votre médecin traitant.

Mes coordonnées

| | |
|-------------------|----------------|
| Nom | Prénom |
| Rue / N° | NPA / Lieu |
| Date de naissance | Lieu d'origine |

Après un accident ou en cas de maladie grave soudaine, veuillez informer sans délai (par ordre d'importance)

| | |
|--------------------|-------------------|
| 1 Nom | Prénom |
| Rue / N° | NPA / Lieu |
| Téléphone / Mobile | Date de naissance |
| 2 Nom | Prénom |
| Rue / N° | NPA / Lieu |
| Téléphone / Mobile | Date de naissance |
| 3 Nom | Prénom |
| Rue / N° | NPA / Lieu |
| Téléphone / Mobile | Date de naissance |

Si je ne pouvais plus exprimer mes volontés après un accident ou à cause d'une maladie grave, je prends les dispositions suivantes en pleine possession de mes facultés psychiques.

1. Secret médical

Je délègue du secret professionnel tous les médecins qui me traitent et les autorisent à informer intégralement les personnes suivantes de la situation thérapeutique:

| | |
|--------------------|-------------------|
| Nom | Prénom |
| Rue / N° | NPA / Lieu |
| Téléphone / Mobile | Date de naissance |

Les médecins **ne doivent pas informer** les personnes ci-après:

| | |
|--------------------|-------------------|
| Nom | Prénom |
| Rue / N° | NPA / Lieu |
| Téléphone / Mobile | Date de naissance |

2. Personne de confiance

La personne suivante doit être informée du déroulement du traitement et participer aux décisions concernant d'autres mesures thérapeutiques. Elle décidera pour moi:

| | |
|--------------------|-------------------|
| Nom | Prénom |
| Rue / N° | NPA / Lieu |
| Téléphone / Mobile | Date de naissance |

Si cette personne de confiance n'est pas joignable ou si elle ne peut pas exercer cette tâche pour d'autres motifs, je désigne le/la suppléant(e) ci-après:

| | |
|--------------------|-------------------|
| Nom | Prénom |
| Rue / N° | NPA / Lieu |
| Téléphone / Mobile | Date de naissance |

Les personnes suivantes ont le droit de consulter mon dossier de patient et le rapport d'autopsie:

| | |
|--------------------|-------------------|
| Nom | Prénom |
| Rue / N° | NPA / Lieu |
| Téléphone / Mobile | Date de naissance |

| | |
|--------------------|-------------------|
| Nom | Prénom |
| Rue / N° | NPA / Lieu |
| Téléphone / Mobile | Date de naissance |

| | | |
|---|-----|-----|
| La consultation est limitée à la cause du décès. | Oui | Non |
| Je n'autorise la consultation qu'en cas de désaccord en lien avec mon décès ou le testament (capacité de tester). | Oui | Non |

3. Mesures médicales

Si mon cerveau était endommagé durablement, si je perdais conscience de manière irréversible selon toutes probabilités ou si d'autres fonctions corporelles vitales devaient cesser d'être opérationnelles, je souhaite

| | | |
|--|-----|-----|
| des mesures de réanimation en cas d'arrêt cardiovasculaire ou respiratoire | Oui | Non |
| une alimentation et une hydratation artificielles | Oui | Non |
| une assistance respiratoire | Oui | Non |
| que l'assistance médicale atténuée autant que possible mes douleurs et mes souffrances, même si ma vie devait en être écourtée | Oui | Non |

4. Accompagnement en fin de vie

Si je ne meurs pas de manière soudaine et inattendue et que j'ai le temps de faire mes adieux, je souhaite bénéficier d'un accompagnement pendant cette période. Les personnes suivantes m'ont assuré de leurs services:

| | |
|--------------------|-------------------|
| Nom | Prénom |
| Rue/N° | NPA/Lieu |
| Téléphone / Mobile | Date de naissance |
| Nom | Prénom |
| Rue/N° | NPA/Lieu |
| Téléphone / Mobile | Date de naissance |

Je suis de la confession suivante et souhaite un accompagnement spirituel correspondant:

Je ne souhaite aucun accompagnement religieux lors de mon décès.

5. Don d'organes et autopsie

En cas de décès, je souhaite donner mes organes et autorise leur prélèvement en vue de transplantations.

Je souhaite uniquement donner les organes suivants en vue de transplantations:

Je ne souhaite pas donner mes organes en vue de transplantations.

Après ma mort, je souhaite donner mon corps à la recherche médicale.

Après ma mort, je ne souhaite pas donner mon corps à la recherche médicale.

6. Lieu de décès

Je souhaite, autant que possible et si mes proches et ami(e)s l'estiment raisonnable, mourir chez moi, et non dans une institution publique (hôpital, maison de retraite ou de soins ou établissement similaire).

Il est important pour moi de bénéficier de soins et d'une assistance professionnels; je souhaite donc être transféré(e) dans un hôpital ou un home.

Lieu, date

Signature

Les informations fournies dans ce document se basent sur l'état de la législation suisse au 1^{er} janvier 2023. D'éventuelles modifications législatives demeurent réservées. Allianz Suisse ne saurait garantir l'exactitude et l'exhaustivité de ces informations. Le présent document sert uniquement de modèle et suggère un contenu éventuel. Il ne remplace en aucun cas les renseignements fournis par l'autorité compétente ou un conseil individuel dispensé par un spécialiste.

Allianz Suisse

Tél. +41 58 358 71 11
Fax +41 58 358 40 42
contact@allianz.ch

ALLIANZ.CH

allianzsuisse   