

# 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	
Adresse	
Date de naissance	Lieu d'origine

### APRÈS UN ACCIDENT OU EN CAS DE MALADIE GRAVE SOUDAINE, VEUILLEZ INFORMER SANS DÉLAI:

(prénom, nom, adresse, numéro[s] de téléphone et date de naissance; par ordre d'importance)

1 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 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:

(prénom, nom, adresse, numéro[s] de téléphone et date de naissance)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

(prénom, nom, adresse, numéro[s] de téléphone et 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:

(prénom, nom, adresse, numéro[s] de téléphone et 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:

(prénom, nom, adresse, numéro[s] de téléphone et date de naissance)

---

---

---

### 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:

(prénom, nom, adresse, numéro[s] de téléphone et date de naissance)

---

---

---

Je suis de confession

\_\_\_\_\_ 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 amis 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 cette brochure se basent sur l'état de la législation suisse au 1<sup>er</sup> janvier 2018. 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  
www.allianz.ch



Suivez-nous:  
**allianzsuisse**