



## DIRECTIVES ANTICIPÉES CRS

Prénom:

Nom:

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

# Sommaire

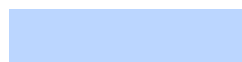
<b>Thème</b>	<b>Page</b>
Quelques explications	<b>3</b>
1 Données personnelles	<b>4</b>
2 Déclaration des valeurs personnelles	<b>5</b>
3 Procuration	<b>7</b>
4 Dispositions relatives aux décisions médicales	<b>11</b>
5 Autres dispositions	<b>17</b>
6 Dépôt de mes directives anticipées CRS	<b>20</b>
7 Conseil	<b>21</b>
8 Autres documents de prévoyance	<b>22</b>
9 Confirmation médicale de la capacité de discernement	<b>23</b>
10 Date et signature	<b>24</b>
11 Révocation	<b>24</b>

## Quelques explications

**Etablir des directives anticipées, c'est prendre librement des décisions qui touchent à la vie et à la mort. Prenez donc tout votre temps et sachez que la Croix-Rouge est là pour vous assister et vous conseiller. En outre, nous sommes à votre disposition pour répondre par téléphone à toutes vos questions administratives ↗ .**

**Veillez, pour des raisons de lisibilité, remplir ces directives anticipées à l'écran. Sauvegardez ensuite le document afin qu'il soit disponible pour de futures modifications. Imprimez-le, puis datez et signez-le à la main.**

### Champs de texte



Nom|

Vous pouvez écrire directement dans les champs jaunes. En revanche, pour saisir du texte dans un champ bleu, vous devez d'abord cliquer dans ce dernier. Ecrivez en bloc, sans effectuer de retour à la ligne. Soyez concis: veillez à ce que tout le texte soit visible dans le champ, sans qu'il soit nécessaire de le faire défiler.

---

### Options

- Lorsque plusieurs options vous sont proposées, vous devez choisir une seule d'entre elles. En cliquant sur le cercle correspondant à votre choix, vous faites apparaître un point noir en son centre.

---

### Cases à cocher

- Lorsque des cases sont affichées, vous avez la possibilité de cocher plusieurs d'entre elles, autrement dit de sélectionner plusieurs réponses. En cliquant sur la case correspondant à votre choix, vous faites apparaître une coche noire.

---

### Autres informations/explications

Les termes clés sont signalés par une flèche rouge.

- ↗ Un clic sur une flèche de ce type vous conduira sur une page Internet où vous trouverez une explication du terme.
- Un clic sur une flèche de ce type vous conduira vers une autre page de contenu de ce document.

# 1 Données personnelles

Madame

Monsieur

Prénom

Nom

Date de naissance (p. ex.: 24.05.1952)

. .

Numéro d'assurance sociale (numéro AVS, p. ex.: 111.2222.3333.44)

. . .

Rue, n°

NPA, localité

Tél. privé (p. ex.: 022 960 75 75)

Tél. bureau (p. ex.: 022 960 75 75)

Tél. mobile (p. ex.: 079 960 75 75)

Adresse courriel

## 2 Déclaration des valeurs personnelles

**Les valeurs et opinions exprimées ci-après doivent servir de points de repère aux spécialistes médicaux concernés dans l'optique de prises de décision délicates.**

### **Motivation**

Je rédige ces directives anticipées parce que:

### **Situation de vie**

Voici le regard que je porte aujourd'hui sur ma vie actuelle et future, notamment eu égard à l'éventualité de maladies ou d'une incapacité de discernement:

### **Qualité de vie**

Ma vie vaut la peine d'être vécue à condition que:

### **Maladie, fin de vie, mort**

Eu égard à mes expériences de la maladie, de la fin de vie et de la mort, il est important pour moi, en cas de maladie grave ou en fin de vie, que:

### **Dépendance**

Voici les opinions et convictions qui doivent être considérées comme déterminantes pour le cas où je souffrirais un jour d'un handicap physique ou mental:

### **Convictions personnelles, religieuses et spirituelles**

Les convictions ci-après me sont chères. Il convient de leur accorder une attention toute particulière:

## 3 Procuration

---

### Renoncement

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

■ Si vous renoncez à donner procuration, passez directement au point 4, **Dispositions relatives aux décisions médicales** → .

---

### Acceptation

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

**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 également autorisée à consulter mon dossier médical.

Si la personne désignée pour me représenter ne peut être contactée ou qu'elle n'est pas en mesure de / prête à assumer cette tâche, il convient de faire appel à une personne de remplacement en respectant l'ordre de préférence indiqué ci-dessous.

■ Veuillez indiquer ci-dessous les personnes de confiance de votre choix.

---

## Personne de confiance

Madame

Monsieur

Lien (p. ex. compagnon/-gne)

Prénom

Nom

Date de naissance (p. ex.: 24.05.1952)

. . .

Rue, n°

NPA, localité

Tél. privé (p. ex.: 022 960 75 75)

Tél. bureau (p. ex.: 022 960 75 75)

Tél. mobile (p. ex.: 079 960 75 75)

Adresse courriel

Oui Non

---

Au moment de l'établissement du document, cette personne était au courant du rôle et du contenu de mes directives anticipées.

---

Remarques



### Personne de remplacement 1

Madame

Monsieur

Lien (p. ex. compagnon/-gne)

Prénom

Nom

Date de naissance (p. ex.: 24.05.1952)

. . .

Rue, n°

NPA, localité

Tél. privé (p. ex.: 022 960 75 75)

Tél. bureau (p. ex.: 022 960 75 75)

Tél. mobile (p. ex.: 079 960 75 75)

Adresse courriel

Oui Non

---

Au moment de l'établissement du document, cette personne était au courant du rôle et du contenu de mes directives anticipées.

---

Remarques

## Personne de remplacement 2

Madame

Monsieur

Lien (p. ex. compagnon/-gne)

Prénom

Nom

Date de naissance (p. ex.: 24.05.1952)

. . .

Rue, n°

NPA, localité

Tél. privé (p. ex.: 022 960 75 75)

Tél. bureau (p. ex.: 022 960 75 75)

Tél. mobile (p. ex.: 079 960 75 75)

Adresse courriel

Oui Non

---

Au moment de l'établissement du document, cette personne était au courant du rôle et du contenu de mes directives anticipées.

---

Remarques

## 4 Dispositions relatives aux décisions médicales

### 4.1 Situations médicales

auxquelles ces dispositions sont applicables:

☒ Veuillez choisir l'**une** des options ci-après.

---

Les dispositions énoncées ci-après au point 4 sont applicables de manière générale dans toutes les situations où je serais incapable de discernement (quelle qu'en soit la cause).

---

Les dispositions énoncées ci-après au point 4 ne sont applicables que dans les situations suivantes (vous pouvez citer plusieurs situations):

---

### 4.2 Mesures de réanimation en cas d'arrêt cardiocirculatoire (réanimation ↗ )

☒ Veuillez choisir l'**une** des options ci-après.

---

**Je souhaite une réanimation dans toute situation,** même si le pronostic est défavorable, par exemple en cas de maladie ou d'affection incurable préexistante présentant un risque vital.

---

**Je souhaite une réanimation uniquement en cas de pronostic favorable,** par exemple lorsque l'arrêt cardiocirculatoire survient à l'hôpital ou dans le cadre d'un examen diagnostique ou d'une intervention thérapeutique (opération), en cas de trouble soudain du rythme cardiaque ou de bon état général antérieur, etc.

---

**Je suis contre toute tentative de réanimation.**

---

### 4.3 Objectif du traitement

Si les chances de rétablissement au sens des indications que j'ai données au point 2 (valeurs personnelles) sont faibles, les mesures médicales devront suivre la ligne directrice ci-après:

■ Veuillez choisir l'une des options suivantes.

---

#### **Uniquement les mesures médicales destinées à atténuer les souffrances, mais pas à maintenir en vie (soins palliatifs ↗):**

J'autorise l'administration de médicaments dans le but d'atténuer les douleurs et les troubles tels que détresse respiratoire, angoisse, agitation ou nausées. Je n'accepte l'usage d'antibiotiques que dans un objectif d'atténuation de la douleur et des symptômes. Les médicaments peuvent aussi m'être administrés par voie intraveineuse.

J'autorise l'administration d'oxygène, l'aspiration et les mesures manuelles en cas de troubles respiratoires.

J'autorise d'autres mesures visant à atténuer mes souffrances: positionnement, soin des plaies, etc.

Si des mesures dérogeant à cet objectif ont été engagées, elles doivent être réévaluées à la lumière de ces directives anticipées et, le cas échéant, être stoppées, sauf si elles sont nécessaires pour soulager la douleur et atténuer les symptômes.

---

#### **Toutes les mesures médicales destinées à maintenir en vie ou à guérir ainsi qu'à atténuer les symptômes ↗ :**

J'autorise toutes les mesures médicales requises pour me maintenir en vie. J'assume les contraintes ou handicaps durables qui pourraient en découler.

Je souhaite que toutes les mesures possibles en vue de me maintenir en vie soient épuisées. Cet objectif thérapeutique inclut le traitement de douleurs et de symptômes handicapants.

Si un doute surgit quant à l'opportunité de recourir à une mesure médicale, il y a lieu de prendre contact avec la personne de confiance (ou de remplacement) désignée (point 3).

---

### Autres indications concernant le point 4.3:

Les indications ci-après sont facultatives.

---

De manière générale, un séjour en soins intensifs doit être évité.

---

Admission dans une institution (EMS, hôpital de soins aigus, établissement de soins palliatifs) uniquement si les soins palliatifs ne peuvent être prodigués dans mon lieu de vie habituel.

---

### 4.4 Acceptation/refus de diverses mesures médicales de maintien de la vie pour le cas où mes chances de rétablissement seraient faibles (au sens du point 2).

Médication	Oui	Non	Décision de la personne de confiance
Médicaments destinés au traitement d'affections préexistantes, de nouvelles maladies ou de complications			
Antibiotiques ↗ pour le traitement d'une infection aiguë			
Médicaments sédatifs ↗ en cas de symptômes incontrôlables tels que détresse respiratoire ou douleurs			

### Hydratation et alimentation artificielles ↗

Non

---

Décision de la personne de confiance

Oui

Veillez choisir l'une des options ci-après.

A court terme, dans la perspective de pouvoir plus tard m'hydrater et m'alimenter à nouveau normalement (jusqu'à un mois)

---

A long terme (plus d'un mois)

---

Décision de la personne de confiance

---

## Ventilation mécanique ↗ (conventionnelle ↗ ou en CPAP ↗ )

---

Non

---

Décision de la personne de confiance

---

Oui

▣ Vous pouvez choisir l'une des deux variantes ou les deux.

### Ventilation mécanique avec intubation

---

#### Ventilation en CPAP

---

▣ Choisissez l'une des durées proposées.

Durée indéterminée

---

Jusqu'à un mois

---

Jusqu'à 24h

---

Décision de la personne de confiance

---

## Dialyse ↗

---

Non

---

Décision de la personne de confiance

---

Oui

▣ Veuillez choisir l'**une** des options ci-après.

Pendant plus d'un mois

---

Pendant moins d'un mois

---

Décision de la personne de confiance

---

<b>Autres</b>	Oui	Non	Décision de la personne de confiance
Chimiothérapie ↗ , radiothérapie ↗ , etc.			
Interventions chirurgicales ↗			
Transfusions sanguines ↗			

#### 4.5 Dispositions spécifiques en cas d'affections préexistantes

Si je suis incapable de discernement, les maladies suivantes devront être traitées comme suit:

#### 4.6 Autres indications concernant les soins, l'accompagnement et l'assistance psychosociale

Voici, pour le cas où je devrais être incapable de discernement, les aspects qui me tiennent à cœur en matière de soins et d'accompagnement:

Assistance psychosociale, aspects spirituels ou religieux,  
p. ex. assistance spirituelle ou rituels:

## 4.7 Médecin de famille

Madame

Monsieur

Prénom

Nom

Rue, n°

NPA, localité

Numéro de tél. (p. ex.: 022 960 75 75)

Oui Non

---

En cas d'hospitalisation, mon médecin  
de famille doit être informé.

---



## 5 Autres dispositions

### 5.1 Don d'organes

☑ Veuillez choisir l'**une** des options ci-après.

---

J'interdis tout prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules.

---

La décision appartient à la personne de confiance désignée.

---

En cas de décès, j'autorise le prélèvement de tous mes organes, tissus ou cellules, ainsi que l'application des mesures préparatoires requises.

---

En cas de décès, j'autorise le prélèvement des organes spécifiés ci-après, ainsi que l'application des mesures préparatoires requises:

☑ Vous pouvez sélectionner **plusieurs** organes.

Cœur	Pancréas
Poumons	Cornée
Foie	Peau
Reins	Autres tissus et cellules
Intestin grêle	

---

### 5.2 Autopsie médicale (clinique) [↗](#)

☑ Veuillez choisir l'**une** des options ci-après.

---

J'autorise l'autopsie de mon corps.

---

J'autorise l'autopsie de mon corps uniquement en cas de décès inattendu.

---

J'interdis l'autopsie de mon corps (suite, voir 5.4).

---

La décision appartient à la personne de confiance désignée.

---





## 6 Dépôt de mes directives anticipées CRS

■ Veuillez choisir l'**une** des options ci-après.

Lieu de dépôt de mes directives anticipées:

---

**Centre de dépôt de la Croix-Rouge suisse**

**En signant les directives anticipées CRS (point 10 «Date et signature»), je confirme avoir pris connaissance des conditions générales de vente (CGV [↗](#)) et les accepter.**

**Veillez envoyer vos directives anticipées CRS à l'adresse suivante:**

Centre de dépôt de la Croix-Rouge suisse  
Werkstrasse 18  
3084 Wabern

Pour toute question administrative, veuillez prendre contact avec nous par téléphone [↗](#).

---

**Autre (personne, institution)**

Institution

Madame

Monsieur

Prénom

Nom

Rue, n°

NPA, localité

---

## 7 Conseil

Les indications ci-après sont facultatives.

**Pour l'établissement des présentes directives, j'ai bénéficié des conseils de:**

Institution

Madame

Monsieur

Prénom

Nom

Date (JJ.MM.AAAA)

. .

## 8 Autres documents de prévoyance

Oui Non

---

### J'ai également établi un mandat pour cause d'inaptitude

---

Lieu de dépôt (institution/personne):

Institution

Madame

Monsieur

Prénom

Nom

Date (JJ.MM.AAAA)

. .

Oui Non

---

### J'ai établi des dispositions funéraires

---

Lieu de dépôt (institution/personne):

Institution

Madame

Monsieur

Prénom

Nom

Date (JJ.MM.AAAA)

. .

## 9 Confirmation médicale de la capacité de discernement

■ Les indications ci-après sont facultatives.

### Confirmation médicale de la capacité de discernement au moment de l'établissement des directives anticipées.

Capacité de discernement confirmée par:

Madame

Monsieur

Prénom

Nom

Rue, n°

NPA, localité

Indications sur les critères et les méthodes d'examen  
(à remplir par le médecin):

Date

Signature, cachet

.....

## 10 Date et signature

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

Date

Signature

.....

## 11 Révocation

**Je révoque les présentes directives anticipées:**

Date

Signature

.....