

Protocole pour les directives anticipées durant mon séjour hospitalier

Origine: clinique Belmont

Approuvé: Dr. P. Gache, A. Combe, S. Nicole

Etablies par (Nom, Prénom) : Date de naissance :

Les directives anticipées sont l'expression écrite par avance de votre volonté sur le type de soins que vous souhaiteriez recevoir ou non **au cas où vous ne seriez plus en mesure de vous exprimer par vous-même.**

Cette démarche est volontaire et non obligatoire. Cependant, sans réponse de votre part, nous effectuerons par défaut tous les soins d'urgence.

- Au cas où l'équipe de la Clinique Belmont serait dans **l'incapacité de me trouver** dans les enceintes de l'établissement et/ou serait en droit de suspecter un risque de fugue, je vous autorise à appeler la personne désignée pour l'informer:

Nom, Prénom : N° de téléphone :

- Pour le cas où je deviendrais **incapable de discernement**, j'aimerais :
 - ☐ que l'on prenne toutes les mesures médicalement indiquées (y compris la réanimation) pour traiter la maladie aiguë dont je souffre et me permettre de recouvrer ma capacité de discernement.
 - ☐ ne pas être réanimé et qu'aucune mesure de médecine intensive ne soit réalisée.
 - ☐ ne pas être réanimé, mais suis d'accord pour une prise en charge en soins intensifs.
- Si, après un examen médical approfondi, il s'avère impossible ou improbable que je recouvre ma capacité de discernement et que le risque de dépendance à long terme est élevé, je désire :
 - ☐ que l'on prenne toutes les mesures nécessaires à prolonger ma vie dans la mesure où il y a toujours un espoir que je recouvre ma capacité de discernement.
 - ☐ que l'on renonce à toute mesure visant à prolonger ma vie.
 - ☐ que l'on soigne activement mes douleurs et tous les autres symptômes accablants tels que la peur, l'agitation, la détresse respiratoire et les nausées.



Protocole pour les directives anticipées durant mon séjour hospitalier

Origine: clinique Belmont

Approuvé: Dr. P. Gache, A. Combe, S. Nicole

J'ai **nommé le représentant thérapeutique suivant** et je l'autorise à faire valoir ma volonté face à l'équipe soignante. Cette personne doit être informée de mon état de santé et intégrée dans les prises de décision. Je l'autorise à consulter mon dossier médical et je délie les médecins et le personnel soignant de l'obligation de garder le secret envers elle.

Mon représentant est informé de mes directives anticipées.

Nom, Prénom :

N° de téléphone :

Adresse :

E-mail :