

## Principes

Le Résident, quand il en a encore ses capacités intellectuelles, fait part de ses volontés par anticipation, en cas de décompensation somatique nécessitant, entre autre et, par exemple, une réanimation et il les signe (« directives anticipées », page 3).

**Si le Résident n'a pas sa capacité de discernement, n'a pas laissé de directives anticipées, n'a pas de représentant thérapeutique** ou de représentant légal, l'équipe soignante doit requérir l'avis de la famille. Il s'agit alors d'**établir sa volonté présumée** (ci-dessous).

En cas d'absence de famille, ces informations pourraient être demandées aux proches et, à défaut, à l'équipe soignante.

# Volontés présumées

## Concernant le ou la Résident(e) ci-dessous nommé(e)

(Si la personne concernée a sa capacité de discernement, passez à la page 3)

Madame

Nom :

Monsieur

Prénom :

Date de naissance :

**DANS LE CAS D'ABSENCE DE DIRECTIVES ANTICIPÉES ET D'INCAPACITÉ DE DISCERNEMENT, LE PRÉSENT DOCUMENT EST REMPLI EN CONCERTATION AVEC LES PERSONNES SOUS-MENTIONNÉES QUI ONT PARTICIPÉ À LA RÉFLEXION.**

LE RESIDENT N'EST PAS APTE À COMPRENDRE LES QUESTIONS, IL N'A PAS SA CAPACITÉ DE DISCERNEMENT.

LE RESIDENT A DE LA FAMILLE.

LE RESIDENT N'A PAS DE FAMILLE.

### MEDECIN TRAITANT :

Docteur :

**DANS LE CAS OU LE RESIDENT N'A PAS NOMME DE REPRESENTANT THERAPEUTIQUE, LE OU LES REpondant(S) THERAPEUTIQUE(S) IDENTIFIE(S) EST/SONT INSCRIT(S), PAR ODRE D'IMPORTANCE, DANS LA RUBRIQUE « DESIGNATION D'UN REPRESENTANT THERAPEUTIQUE » A LA PAGE 3**

**Personnes présentes lors de la rédaction de ce document.**

**NOM / PRENOM :** ROLE :

SIGNATURE :

**NOM / PRENOM :** ROLE :

SIGNATURE :

**NOM / PRENOM :** ROLE :

SIGNATURE :

**NOM / PRENOM :** ROLE :

SIGNATURE :

**NOM / PRENOM :** ROLE :

SIGNATURE :

**NOM / PRENOM :** ROLE :

SIGNATURE :

Fait à Genève, le :

Nom / prénom du rédacteur :

Signatures :

.....

.....

.....

Les volontés présumées se remplissent en utilisant le formulaire  
ci-dessous, sans tenir compte de la page suivante,  
tout simplement en se substituant à la personne concernée,  
et en passant à la page 4

Cette page doit être remplie uniquement par le résident

## Le ou la Résident(e) ci-dessous nommé(e)

- Madame                      **Nom :**
- Monsieur                    **Prénom :**
- Date de naissance :**

Je soussigné/e, en pleine possession de mes facultés, fais part, ci-après, de ma volonté pour le cas où une maladie, un accident..., m'empêcherait de prendre part aux décisions médicales me concernant, je veux exprimer mes volontés, par avance et après mûre réflexion, en sachant que rien n'est définitif et que je peux revenir sur les décisions ci-après tant que je suis capable de discernement.

Cette directive s'applique dans toutes les situations dans lesquelles je suis incapable de discernement et qui exigent une prise de décisions thérapeutiques, c'est-à-dire en cas d'évènement aigus susceptibles de survenir, tels qu'un infarctus, une attaque cérébrale, un accident, mais aussi en cas de maladie chronique à un stade avancé  
(Autre situation à préciser) :

### DESIGNATION D'UN REPRESENTANT THERAPEUTIQUE

*(Il est possible de nommer plusieurs personnes)*

*Le premier nom fait office de représentant thérapeutique principal*

En cas d'incapacité de discernement, je nomme :

	Représentant 1	Représentant 2	Représentant 3
Nom(s)			
Prénom(s)			
Adresse			
Téléphone			
courriel			

personne(s) de confiance comme **représentant(s) thérapeutique(s)**, que j'autorise à faire valoir ma volonté auprès de l'équipe soignante. Cette personne doit être informée de mon état de santé et intégrée dans les prises de décisions; je l'(les) autorise à consulter mon dossier médical. Je délègue les professionnels de la santé (notamment mon (mes) médecin(s) traitant(s)), ses auxiliaires ainsi que les autres professionnels de la santé, du secret professionnel (médical) afin qu'ils puissent informer complètement et de manière appropriée la(les) personne(s) qui me représente(nt).

Cette (ces) personne(s) a (ont) le pouvoir de me représenter pour :

- Toute décision en matière de soins de santé (y compris l'entrée en institution médico-social)
- Seulement les décisions suivantes :
- Elle(s) respecte(nt) mes directives anticipées dans leur dernière version. Lorsque se présente une situation que je n'ai pas envisagée, elle(s) recherche(nt) ma volonté hypothétique et tient compte de mon intérêt objectif.
- Je n'ai pas rempli de directives anticipées. La personne qui me représente exerce son pouvoir en recherchant ma volonté hypothétique et en tenant compte de mon intérêt objectif.

**Date et signature du/de la résident(e) :**

**Date et signature du(des) représentant(s)  
thérapeutique(s) :**

**Ce document ne sera utilisé que si je ne suis plus en mesure de m'exprimer.**

**Dans le cas où le diagnostic médical ne laisserait aucun espoir, moi, résident(e) susnommé(e) ou, en cas de volontés présumées, les personnes nommées en page 3 se substituant au résident ou à la résidente :**

## 1. Traitement de la douleur et de ses symptômes :

- Je souhaite 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 ; j'accepte donc, le cas échéant, une perte de conscience momentanée (sédation) due à la thérapie.
- Je souhaite que les médicaments antidouleur et les sédatifs ne me soient administrés** que pour rendre mon état supportable. Il est important que je reste conscient(e) le plus longtemps possible.

## 2. Alimentation et hydratation :

**Si je ne devais plus être en mesure de maintenir une hydratation/alimentation suffisante par voie naturelle**

j'autorise l'apport continu de liquides et d'aliments :

- | OUI                      | NON   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> au moyen d'une sonde gastrique (dispositif introduit dans l'estomac par le nez)                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> au moyen d'une perfusion (dispositif en sous-cutané ou en intra-veineux)                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> au moyen d'une pose chirurgicale d'une sonde nutritive (sonde posée à travers la paroi abdominale) |

## 3. Transfusion

Je souhaite recevoir une transfusion sanguine  OUI  NON

## 4. Mesures de réanimation en cas d'évènement aigu :

**Dans le cas d'un évènement aigu susceptible de survenir, tels qu'un infarctus, une attaque cérébrale, un accident, mais aussi en cas de maladie à la fois incurable et évolutive**

- Je ne souhaite pas de tentative de réanimation
- Je souhaite que l'on utilise toutes les mesures thérapeutiques possibles même si mon pronostic est défavorable (réanimation, assistance respiratoire mécanique par masque, intubation ou trachéotomie)

### Dans le cas, d'un problème respiratoire aigu

- Je souhaite une assistance respiratoire mécanique** sous la forme d'un masque, d'une intubation ou d'une trachéotomie dans le cadre du plan thérapeutique
- Je refuse l'assistance respiratoire mécanique.** Pour lutter efficacement contre des difficultés respiratoires, on appliquera plutôt des mesures palliatives optimales les (administration de médicaments et d'oxygène).

## 5. Hospitalisation

	Je souhaite être hospitalisé	Je souhaite que la prise en charge soit effectuée dans l'EMS	Je souhaite un traitement répété par antibiotiques
<b>En cas de dégradation de l'état de santé (ex : fracture, problème infectieux...)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>En cas de fin de vie (dégradation progressive de l'état de santé), lorsque la mort est imminente</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### En cas de décès, mes dernières volontés

- Je ne souhaite pas d'accompagnement spirituel
- Je souhaite un accompagnement spirituel religieux
- Je souhaite recevoir les derniers sacrements
- J'autorise la pratique d'une autopsie
- J'autorise tout prélèvement d'organe sur mon corps à des fins de transplantation à l'exception des organes suivants :

### Je souhaite que mes obsèques se déroulent de la façon suivante :

- ❖ Personne(s) à contacter :
- ❖ Société de Pompe funèbres :
- ❖ Cérémonie religieuse :  OUI  NON  
Si oui, lieu de la cérémonie :
- ❖ Recueillement musical :  OUI  NON  
Si oui quelle(s) musique(s) :

**Je souhaite que mon corps soit :**

- Enterré :      Commune :      Cimetière :
- Incinéré      Lieu :

**Je souhaite que mes cendres soient déposées :**

- Urne  
 Columbarium

Lieu :

**Je souhaite que mes cendres soient répandues :**

- Jardin du souvenir  
 Autre lieu (spécifier) :

Je laisse le soin à ma famille de décider du déroulement de mes obsèques après mon décès.

**Autres recommandations ou dispositions particulières :**

**Signature du/de la résident(e) :**

Fait à Genève, le .....

---

**La direction :**

Nous certifions avoir pris connaissances des directives ci-dessus et nous nous efforcerons de les faire respecter.

Genève, le .....

La direction (signature et timbre)

# Notice explicative des directives anticipées et volontés présumées

Les directives anticipées comme les volontés présumées ne sont pas obligatoires mais aident beaucoup l'entourage, qu'il soit familial ou professionnel, à prendre une décision à un moment où la réflexion risque de se faire dans la précipitation.

Les directives anticipées consistent en une déclaration écrite qui précise quelles mesures doivent être prises ou exclues dans une situation où la vie est menacée. Elles vous permettent d'exprimer par avance votre volonté quant aux soins à donner, dans le cas où vous ne seriez plus en mesure de vous exprimer par vous-même suite à une maladie ou à un accident.

Le représentant thérapeutique est une personne de confiance que vous désignez et qui pourra avoir accès à tous les documents médicaux qui pourraient lui permettre de prendre une décision dans un choix thérapeutique ou aussi de vous aider dans votre propre choix d'une orientation thérapeutique.

Le présent document ne sera utilisé qu'au moment où vous ne serez plus en mesure de vous exprimer valablement, il peut être modifié en tout temps par la personne concernée.

Les membres ou les représentants légaux désignés dans les directives anticipées sont à considérer comme des personnes de confiance pouvant témoigner des intentions exprimées par le signataire des Directives.

En l'absence de directives anticipées ou d'un représentant légal désigné pour prendre les décisions, le médecin administrera le traitement qu'il estimera être le meilleur dans l'intérêt du patient.

Si vous le souhaitez, les infirmiers se tiennent à votre disposition pour vous donner plus d'explications ou des conseils sur la marche à suivre. Vous pouvez également noter en page 6 ce que vous désirez et qui n'aurait pas été prévu dans le présent document.

\* \* \*