

Mes directives anticipées de fin de vie

Nom, Prénom, date de naissance :

Si je devais me trouver dans un état de santé tel qu'il me prive irrémédiablement de mes facultés de jugement et de décision, je veux qu'on s'abstienne de toutes mesures qui ne feraient que prolonger mes souffrances et ma vie. Je désire finir mes jours dans la paix et la dignité.

Je souhaite/ne souhaite pas être réanimé en cas d'arrêt cardio-circulatoire et/ou respiratoire.

Si dans une telle situation une décision doit être prise, je demande aux médecins responsables de se mettre en rapport avec les personnes ci-après et/ou mon médecin, le Dr Myriam Birchmeier, av. de Beaumont 9, 1012 Lausanne, tél 021 323 00 23, fax 021 323 00 35, qui ont ma confiance.

Nom et Prénom

Adresse/téléphone

Signature

Je délègue les médecins du secret médical envers ces personnes dans une telle situation.

Je souhaite/ne souhaite pas faire un don d'organe.

J'autorise/n'autorise pas l'autopsie. Je laisse décider mes personnes de confiance en fonction de la situation discutée avec les médecins.

Par leur signature, les personnes nommées ci-dessus attestent qu'elles ont pris connaissance de mes dispositions de fin de vie et que je les ai rédigées en toute liberté et en pleine possession de mes facultés intellectuelles.

Lieu et date :

Signature :