

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Sur le type de soins désirés, que le signataire soit ou non par la suite, en état d'exprimer sa volonté.

* * * * *

Je soussigné,, déclare accepter un traitement médical ou psychiatrique, qu'il soit ambulatoire ou délivré à la suite d'une hospitalisation, uniquement dans le respect de mes droits, conformément aux dispositions en vigueur, ainsi qu'aux conditions ci-après énumérées:

- Aucune atteinte à mon intégrité physique, ni aucune mesure de contrainte ne doit, sauf urgence somatique, **être prise à mon endroit**, sans mon consentement écrit et sans que je n'aie été dûment informé(e) au préalable des conséquences, risques et effets secondaires de l'intervention. Si je suis incapable de discernement ou hors d'état d'exprimer ma volonté, l'autorisation devra être délivrée par le représentant thérapeutique désigné ci-après.
- En cas d'incapacité de discernement passagère ou de longue durée, je souhaite avant tout, et cela même si on suspectait un trouble d'origine mentale ou d'ordre psychiatrique, être soumis à un examen médical complet par un médecin, non un psychiatre, afin d'écarter toute éventualité que le trouble ait en réalité une origine d'ordre somatique non suspectée de prime abord (virus, infection, allergie, etc.).
- Aucun traitement à l'électrochoc ne peut m'être administré et ceci sous aucun prétexte.
- Aucune drogue, médicament ou remède psychotrope ne peut m'être administré par contrainte ou pression sans mon consentement formel ou, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté ou me trouve en état d'incapacité de discernement, celui de mon représentant thérapeutique.
- Sachant que je suis opposé(e) à toute forme de contrainte chimique ayant des conséquences directes sur mon psychisme, mon représentant thérapeutique refusera en mon nom, le cas échéant, l'administration de telles substances. La seule exception pourrait être la nécessité de pallier une très importante souffrance physique, par l'emploi de substances ayant pour seul objectif de diminuer, voire supprimer une souffrance physique.

De plus, je demande que dès mon admission, volontaire ou d'office, dans un établissement hospitalier ou psychiatrique, mon représentant thérapeutique soit immédiatement avisé, de sorte qu'il puisse intervenir et assumer, le cas échéant, le mandat qui lui est confié aux termes des présentes directives. Il doit dans tous les cas être informé de l'origine de ma maladie ou de mon trouble, du diagnostic posé, du traitement proposé, des effets directs ou secondaires de la médication proposée, ainsi que des conséquences éventuelles au cas où ce traitement ne serait pas suivi.

Le soussigné atteste que le présent document a été établi et signé alors qu'il se trouvait en pleine possession de sa capacité de discernement et qu'il agit de son plein gré, sans aucune contrainte ou pression.

Nom, prénom (en lettres capitales):

Date de naissance: □ □ / □ □ / □ □ □ □ Tél.: □ □ □ / □ □ □ □ □ □ □ □

Adresse:

Fait à (lieu et date):

Signature:

Représentant thérapeutique:

Nom, prénom (en lettres capitales):

Date de naissance: □ □ / □ □ / □ □ □ □ Tél.: □ □ □ / □ □ □ □ □ □ □ □

Adresse:

Fait à (lieu et date):

Signature: