**Directives anticipées durant la pandémie Covid-19**

*Auteurs: ACP Team T. Krones, I. Karzig, D. Otto, F. Liem, B. Loupatatzis / 26.03.2020. Traduites et adaptées par D. Ritzenthaler, F. Bosisio, E. Rubli, R. Jox (Chaire de soins palliatifs gériatriques) et L. Devaux (Réseau santé région Lausanne) / V7 19 novembre 2020.*

**Préambule**

Cet outil a pour but de vous aider à réfléchir à vos préférences de traitement durant la pandémie de Covid-19, si vous deviez être atteint par le virus ou lors d’une aggravation générale de votre état de santé.

Il est important dans ce contexte de réfléchir aux mesures que vous souhaiteriez voir appliquer si votre état de santé se dégradait (que vous soyez ou non atteint par le Covid-19), et que vous n’êtes plus capable de communiquer vos souhaits durant l’épidémie de Covid-19.

Par cet outil, nous vous encourageons à parler de cette situation avec votre médecin de confiance et vos proches, à nommer un représentant thérapeutique (c’est-à-dire une personne de confiance qui sera votre porte-parole et prendra des décisions en lien avec votre santé et selon vos volontés si un jour vous n’en étiez plus capable) et à rédiger vos directives anticipées. En cas d’incapacité de discernement sur les questions médicales et d’aggravation importante de votre état de santé nécessitant une hospitalisation, ces directives anticipées amélioreront votre probabilité de recevoir des soins cohérents avec vos souhaits le moment venu.

Je (soussigné) souhaite exprimer ici mes désirs de traitement lors de la pandémie de Covid-19 :

**Données personnelles**

Nom       Prénom

Date de naissance       Adresse

Les personnes suivantes peuvent être contactées si je suis incapable de discernement sur les questions médicales :

**Je désigne ici mon représentant thérapeutique**

Nom       Prénom

Numéro de tél.       Courriel

**Mon médecin traitant**

Nom       Prénom

Numéro de tél.       Courriel

# Mes attitudes envers la vie, la maladie et la mort

*Dans cette rubrique, nous vous proposons des questions pouvant vous aider à réfléchir aux soins que vous souhaiteriez recevoir dans le cas où vous seriez gravement malade et incapable de vous exprimer. Si vous le souhaitez, vous pouvez répondre à ces questions. Celles-ci permettront à votre représentant thérapeutique et au personnel soignant de mieux comprendre les raisons de vos décisions.*

**Comment appréciez-vous la vie ? Qu’est-ce que cela signifie pour vous une bonne journée ?**

**Qu’est-ce que cela représente pour vous de vivre encore longtemps ?**

**Sur une échelle de 0 à 10, quelle est votre envie de vivre ? (0 = aucune envie, 10 = très forte envie)**

[ ]  0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 [ ]  6 [ ]  7 [ ]  8 [ ]  9 [ ]  10

**Accepteriez-vous qu'un traitement médical soit mis en place afin d’essayer de prolonger votre vie ?**

[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Je ne sais pas

**Comment vous représentez-vous les soins intensifs ?**

**Avez-vous des expériences de traitements aux soins intensifs ?**

**Lorsque vous pensez à la mort, qu’est-ce qui vous vient à l'esprit ?**

**Qu’aimeriez-vous éviter dans la dernière phase de votre vie ? Pouvez-vous nous en dire plus ?**

**Y a-t-il des situations dans lesquelles vous ne souhaiteriez pas de traitements visant à prolonger votre vie ?**

# Instructions médicales en cas d’urgence

*Dans cette section, nous vous proposons de documenter vos directives anticipées durant la pandémie de Covid-19.*

Seriez-vous d’accord d’aller à **l’hôpital**?

[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Je ne sais pas

* **Si oui**, seriez-vous prêt à aller aux **soins intensifs**?

[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Je ne sais pas

* **Si oui**, accepteriez-vous une ventilation mécanique?

[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Je ne sais pas

**Date, lieu       Signature de l’auteur :**

*Optionnel :*

Date, lieu       Signature du représentant thérapeutique et/ou du médecin traitant :