Une copie de ces dernières volontés et instructions se trouve chez (personne de confiance/parent):

Nom | Prénom | Rue | NPA/Localité | Téléphone

En cas d'urgence/de décès, prière d'aviser immédiatement:

Nom | Prénom | Rue | NPA/Localité | Téléphone

Je donne pouvoir d'exécuter mes instructions et d'agir en mon nom à:

Nom | Prénom | Rue | NPA/Localité | Téléphone

1)

2)

Lieu/date: Signature autographe: Témoins:

Renouvellement de mes dernières volontés exposées ci-avant:

Lieu/date: Signature autographe:

Association Suisse pour l'aide à la vie ASAV, Case postale 538, 4016 Bâle ou office, 5056 Attelwil, C.P.
Tél. 061/691 72 13, Fax 061/683 81 44, www.schweiz-lebenshilfe.ch

Cette carte doit toujours être portée sur soi

Carte
Mes dernières volontés
Instruction

- **Don d'organes et autopsie**
- **Genre de sépulture**
- **Mes souhaits en cas de maladie**

ATTENTION:
Mes dernières volontés en cas de décès ou d'amoindrissement de mes facultés de jugement se trouvent _____

et/ou chez _____

Tout ce qui a validité, je l'ai signé en étant en pleine possession de mes facultés de jugement.
J'ai en outre biffé tout ce que je ne veux pas.

Nom/Prénom

Date de naissance

Rue

NPA/Lieu de domicile

Lieu d'origine

En cas d'urgence, prière de remettre ce document:

☐ au médecin ou à mon médecin de famille: _____

☐ à ma personne de confiance: _____

Don d'organes, autopsie et genre de sépulture

En cas de décès
En pleine possession de mes capacités intellectuelles et de mes facultés de jugement, je déclare ici mes dernières volontés pour le cas où je ne serais plus en mesure de prendre une décision ou de communiquer.

Genre de sépulture: Je veux

☐ une inhumation: _____

☐ une crémation (incinération): _____

(Confirmer ce qui convient et signer, biffer ce qui ne convient pas)

Don d'organes:

☐ On peut prélever de ma dépouille les organes suivants:

_____

_____

☐ **Aucun** organe ne doit être prélevé de ma dépouille

(Marquer d'une croix ce qui convient et compléter, biffer ce qui ne convient pas)

Autopsie:

☐ Je suis prêt à mettre mon corps, après mon décès, à disposition de la recherche médicale (autopsie).

☐ Je déclare expressément ne vouloir **aucune** autopsie.

(Marquer d'une croix ce qui convient, biffer ce qui ne convient pas)

Lieu/date: Signature autographe:

_____

Témoins: _____

Pour le détail de mes dispositions, voir page précédente.

Mes souhaits en cas de maladie

En cas de troubles de santé

1) Si je souffre de sérieux troubles de santé qui ne sont pas susceptibles d'entraîner immédiatement ma mort, je souhaite qu'une assistance médicale judicieuse me soit fournie dans les règles de l'art afin d'améliorer mon état de santé et d'atténuer mes souffrances.

2) S'il s'avère que mes fonctions vitales les plus élémentaires sont à tel point compromises qu'il est très vraisemblablement exclu que mon état puisse s'améliorer et me permettre de vivre encore d'une manière conforme à la dignité humaine, je souhaite que l'on renonce à toute mesure extraordinaire de soins intensifs visant à prolonger mon existence.

3) Avant de prendre sa décision, le médecin traitant, que je délie à cet effet du secret médical, doit en discuter avec des collègues compétents et conscients de leurs responsabilités ainsi qu'avec les personnes suivantes:

Nom, adresse, localité, téléphone

_____

_____

4) Je prie mon médecin de m'administrer des analgésiques
   – s'il s'agit de rendre les douleurs supportables tout en sauvegardant autant que possible mes facultés intellectuelles;
   – s'il s'agit d'atténuer des douleurs insupportables.

5) Je souhaite un accompagnement religieux

   Ma religion: _____

   Prière d'appeler: _____

6) Je remercie les médecins, le personnel hôspitalier et toute personne dont l'intervention m'aura permis de mourir dignement.

7) Personnel: _____

_____

Date Signature autographe:

_____