

RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait un jour dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Ces directives sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté concernant la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements ou d'actes médicaux.

Art. L1111-11 du code de la santé publique – loi n° 2016-87 du 02 février 2016

JE SOUSSIGNE(E) NOM : _____ PRÉNOM : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

☐ JE NE SOUHAITE PAS RÉDIGER MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

☐ JE SOUHAITE RÉDIGER MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Voici les limites que je fixe pour les actes médicaux et traitements **qui n'ont d'autre but que de prolonger ma vie artificiellement, sans récupération possible** :

- ☐ J'accepte une alimentation artificielle (nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux).
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
- ☐ J'accepte une hydratation artificielle (sonde ou perfusion).
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
- ☐ J'accepte d'avoir un rein artificiel ou d'être sous dialyse chronique.
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
- ☐ J'accepte une respiration artificielle (une machine qui remplace ou qui aide ma respiration).
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
- ☐ Je souhaite une réanimation cardio-respiratoire (ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique).
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
- ☐ Je demande à ce qu'on soulage efficacement mes douleurs même si cela peut réduire ma durée de vie.
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
- ☐ J'accepte de bénéficier, si besoin est, d'une sédation profonde et continue jusqu'à mon décès même si cela a pour effet de provoquer une altération de ma conscience.
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
- ☐ Je souhaite être transféré/ hospitalisé pour tenter de prolonger ma vie.
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
- ☐ J'accepte les médicaments visant à tenter de prolonger ma vie.
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
- ☐ J'accepte des examens diagnostiques lourds ou douloureux.
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas
- ☐ Je demande à pouvoir mourir chez moi.
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Tournez SVP



En cas de non retour du document écrit dans les 8 jours, il sera considéré que vous ne souhaitez pas rédiger vos directives anticipées.

Autres souhaits :

.....

.....

.....

.....

Fait à : Le Signature :

*Vos directives anticipées sont **valables sans limite de temps** mais vous pouvez les modifier totalement ou partiellement ou les annuler à tout moment : dans ce cas, il est préférable de le faire par écrit. Si vous ne pouvez pas les écrire demandez à quelqu'un de le faire devant vous et devant deux témoins (l'un d'eux doit être votre personne de confiance si elle est désignée).*

Vos directives anticipées seront le cas échéant conservées dans votre dossier médical. Vous pouvez également conserver vous même vos directives anticipées ou les remettre à votre personne de confiance, à un membre de votre famille ou à un proche. Dans ce cas, vous devez faire mentionner dans votre dossier médical ou dans le dossier du médecin de ville leur existence et le nom de la personne qui les détient. Il est de votre responsabilité de faire part de vos directives anticipées à l'équipe médicale.

☐ JE SOUHAITE MODIFIER OU RÉVOQUER MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné :

☐ Décide de révoquer

☐ Souhaite modifier mes directives anticipées
(remplir un nouveau formulaire)

Fait à Le

Signature :