



Directives anticipées

Existence de directives anticipées – Art. L.1111-11 de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 :

« Toute personne majeure a la possibilité de rédiger, pour le cas où elle ne serait plus en état d'exprimer elle-même sa volonté, des directives anticipées. Elles sont révocables à tout moment.

L'objet de ces dernières est de permettre à la personne de faire connaître ses souhaits- quant à sa fin de vie. Elles doivent être renouvelées tous les 3 ans ou être établies depuis moins de 3 ans avant que la personne ne soit plus en état d'exprimer sa volonté.

Lorsque les directives anticipées existent, le médecin doit en tenir compte.

Les directives anticipées peuvent concerner le don d'organes, la limitation ou l'arrêt du traitement, la restriction de visites... »

Nom :

Prénom :

Je n'ai pas rédigé de directives anticipées

Si vous souhaitez rédiger des directives anticipées, nous sommes à votre disposition pour vous fournir un formulaire.

J'ai rédigé des directives anticipées

Elles ont été confiées :

A mon médecin traitant

Nom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

A ma personne de confiance

Nom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

A un membre de ma famille

Nom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

A l'équipe soignante

Autre. Précisez :

Fait à....., le

Signature :

Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant sur la fiche ci-après

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours),

Je les écris

ici :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le à.....

Signature

Mes directives anticipées

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

- 1) A propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. Entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).**

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....

.....

.....

.....

- 2) A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet. La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.**

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

- 3) A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.**

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le à

Signature

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Fait le à

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Fait le à

Signature