



# Directives anticipées

Code de la santé publique : Articles l. 1111-4, l.1111-11 & l. 1111-13, Articles r. 1111-17 à r. 1111-20, Articles r. 1112-2 & r. 4127-37

Nom et prénoms : .....

Né(e) le : . . / . . / . . . . à : .....

Domicilié(e) à .....

## Personne de confiance

Nom et prénoms : .....

Né(e) le : . . / . . / . . . . Lien de parenté : .....

Si je fais l'objet d'une **mesure de tutelle**, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation :

du juge des tutelles :  oui  non du conseil de famille :  oui  non

**Toute personne majeure** peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie.

C'est une possibilité qui vous est donnée **d'exprimer vos volontés par écrit** sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, **vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer**. Si vous rédigez des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer. Ces directives peuvent être modifiables à tous moments.

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissante. Mais il est important d'y réfléchir.

Rédiger des directives anticipées **n'est pas une obligation**.

## Dans le cas d'une maladie grave ou en fin de vie voici ma volonté concernant les décisions médicales :

1. J'indique ici si j'accepte 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 :

oui  non  je ne sais pas

2. J'indique ici si j'accepte qu'ils soient entrepris :

• une réanimation cardiaque et respiratoire :  oui  non  je ne sais pas

• autre (ex : une nutrition artificielle, une hydratation par perfusion, des explorations complémentaires, la trajectoire hospitalière, etc.) :

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, sur décision de l'équipe de soin, certains actes ou traitements médicaux 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.

3. J'indique ici si je veux 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 :

oui  non  je ne sais pas



# Directives anticipées

Code de la santé publique : Articles l. 1111-4, l.1111-11 & l. 1111-13, Articles r. 1111-17 à r. 1111-20, Articles r. 1112-2 & r. 4127-37

4. Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées, 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 mes convictions religieuses, 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 à ....., le . . / . . / . . . .

Signature

## Localisation de mes directives anticipées

Le formulaire des directives anticipées est :

- conservé chez moi :  oui  non
- remis à ma personne de confiance :  oui  non
- remis à mon médecin traitant :  oui  non
- remis à mon notaire :  oui  non
- conservé dans mon dossier patient informatisé :  oui  non

## Témoins

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

Témoïn 1	Témoïn 2
Je soussigné(e) <i>nom prénom</i> : .....	Je soussigné(e) <i>nom prénom</i> : .....
Qualité : .....	Qualité : .....
Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : .....	Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : .....
Fait à le : . . / . . / . . . .	Fait à le : . . / . . / . . . .
Signature :	Signature :

- Déclare annuler mes directives anticipées.
- Déclare renoncer à mes directives anticipées et déléguer à ma personne de confiance l'expression de mes souhaits et volontés.

Fait à ....., le . . / . . / . . . .

Signature

*Nous restons à votre disposition pour répondre à vos questions.*