



RÉDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

1/ Identité

Noms et prénoms :

Née le :

Domicilié :

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du chapitre II titre XI du livre Ier du code civil :

J'ai l'autorisation du juge

Du conseil de famille

Veillez joindre la copie de l'autorisation.

2/ Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant dans la rédaction de mes Directives anticipées

Si je pense que pour bien comprendre mes volontés exprimées dans le document ci-après le médecin qui s'occupera de moi en dehors de ma fin de vie doit connaître :

Certaines informations (situation personnelle, ...), certaines de mes craintes, de mes attentes, ou de mes convictions ; je les écris ici ci-dessous :

.....
.....
.....
.....

3/ si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul 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 prénom

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

Fait le à

Signature

Témoin 2 : je soussigné (e) Nom et prénom

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

Fait le à

Signature

Fait le..... à.....

Signature

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Cas A : je suis atteint d'une maladie grave / je pense être proche de la fin de vie

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 risque de me trouver (ex : coma en phase terminale)

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 ou je pourrais plus communiquer avec mes proches.

.....
.....
.....

2. A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrai faire l'objet

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube ou respirer) j'accepte je refuse
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale j'accepte je refuse
- Une intervention chirurgicale j'accepte je refuse
- Autres

Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire j'accepte je refuse
- Dialyse rénale j'accepte je refuse
- Alimentation ou hydratation artificielles j'accepte je refuse
- Autres :

Enfin si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite.

.....

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 artificiellement 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 leà.....

Signature

Cas B : je pense être en bonne santé / je ne suis pas atteint d'une maladie grave

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 (ex : traumatisme crânien ou AVC, 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 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 arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris notamment :

- | | | |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| - Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) | <input type="checkbox"/> j'accepte | <input type="checkbox"/> je refuse |
| - Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale | <input type="checkbox"/> j'accepte | <input type="checkbox"/> je refuse |
| - Une intervention chirurgicale | <input type="checkbox"/> j'accepte | <input type="checkbox"/> je refuse |
| - Autres | | |

- 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 artificiellement 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 leà.....

Signature