

- Je suis atteint d'une maladie grave
- Je pense être proche de la fin de ma 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.**

Je soussigné(e) (nom et prénom) :

Né le :à

Domicilié(e) à

- Mes volontés sont les suivants :

1. À propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple situation de coma en phase terminale d'une maladie)

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

.....

.....

.....

.....

2. À 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 ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris , notamment :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) | ☐ oui | ☐ non |
| • le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale | ☐ oui | ☐ non |
| • une intervention chirurgicale | ☐ oui | ☐ non |
| • autre : | ☐ oui | ☐ non |

Formulaire directives anticipées

Etiquette

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 | ☐ oui | ☐ non |
| • dialyse rénale | ☐ oui | ☐ non |
| • alimentation et hydratation artificielles | ☐ oui | ☐ non |
| • autre : | ☐ oui | ☐ non |

Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière 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. À 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 de 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 à :, Le

Signature

- 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.**

Je soussigné(e) (nom et prénom) :

Né le :à

Domicilié(e) à

.....

.....

- Mes volontés sont les suivants :

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

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

.....

.....

.....

.....

5. À 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...)

.....

.....

.....

.....

.....

6. À 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 de 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 à :, Le

Signature

MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e) (nom et prénom) :

Né le :à

Domicilié(e) à

.....

.....

➤ Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. seul le document le plus récent fait foi.

➤ ou déclare annuler mes directives anticipées datées du

Fait à :, Le

Signature

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) le document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier.