

DOCUMENT DE RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Modèle soumis par le Pôle Santé ORÉLIANCE, inspiré du modèle proposé par le Ministère de la Santé.

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en situation de fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés. Elles seront utilisées dans le cas où vous ne seriez pas en capacité de vous exprimer.

Les directives anticipées sont modifiables ou révocables à tout moment (par écrit également). Vous pouvez demander à votre médecin une assistance pour les remplir.

Le médecin, de même que tout autre professionnel de santé devra respecter les volontés exprimées dans vos directives (2 exceptions : urgence vitale incompatible avec le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation ; directives manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale).

Il est important que vos directives anticipées soient facilement accessibles : parlez-en et donnez-les à votre médecin traitant, à votre personne de confiance ou à vos proches.

IDENTITÉ DU PATIENT :

Nom et prénom(s) :

Né(e) le : à

Domicilié(e) à :

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens de la réglementation en vigueur :

- J'ai l'autorisation du juge : oui non
- J'ai l'autorisation du conseil de famille : oui non

Joindre la copie de l'autorisation.

Fait le à

Signature :

Informations ou souhaits

que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant au dos de ce document

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées au dos de ce document, 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 :

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

Je rédige les présentes directives **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie**. Je les écris selon mes propres volontés dans le cadre de **mon consentement libre et éclairé**.

En cas d'impossibilité physique de rédiger vos directives, merci de remplir la fiche page 3 sur 3

Mes volontés sont les suivantes :

1°) A propos des situations dans lesquelles 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 les 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 qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
- Une intervention chirurgicale :
- Alimentation et hydratation artificielles :
- Autre :

Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus, j'indique 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 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 :

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

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 (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 **M. ou**

Mme

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 **M. ou**

Mme

Fait le **à**

Signature :