



Formulaire proposé si vous souhaitez rédiger vos Directives anticipées

« Toute personne majeure peut rédiger les directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux »
Loi CLAYES-LEONETTI du 2 février 2016.

Je suis atteint(e) d'une maladie grave

Je pense être en bonne santé

En toute conscience, j'écris mes volontés de soins et de traitements pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de ma fin de vie.



Mes volontés sont les suivantes :

1) Concernant les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie (par exemple : tube pour respirer, dialyse rénale, intervention chirurgicale, transfusion sanguine ...) :

Je souhaite que l'on mette en œuvre **toutes les possibilités médicales pour me maintenir en vie**. Mes souffrances doivent être allégées dans la mesure du possible

OU

Je souhaite que les traitements médicaux servent **avant tout à alléger mes souffrances**. Pour moi, il n'est pas prioritaire de prolonger ma vie à tout prix. Je suis prêt(e) à accepter que le fait de renoncer à certains traitements médicaux puissent abrégé ma vie

2) Concernant l'alimentation et l'hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie :

Je souhaite un apport continu de liquide et d'aliment :

- Perfusion intraveineuse
- Sonde nasogastrique
- Sonde de gastrostomie

Je refuse tout apport continu de liquide et d'aliment

3) Concernant la réanimation cardio-respiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire :

- Je souhaite être réanimé(e)
- Je refuse d'être réanimé(e)

4) Concernant la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès :

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 un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de la conscience jusqu'à mon décès.

- Je souhaite bénéficier d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès
- Je refuse une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès

Je souhaite apporter des précisions :

Si j'ai connaissance d'actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, je précise ici dans quelles conditions j'accepte ou non leurs mises en œuvre, leurs poursuites ou leurs arrêts :

Nom marital : _____ Nom de naissance : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : ___/___/_____

J'ai bien conscience que je peux changer d'avis à tout moment, sans avoir à le justifier

Fait le _____ à _____ Signature :

Je suis dans l'incapacité de les écrire seul(e) mais je souhaite rédiger mes directives anticipées :

Je fais appel à DEUX témoins qui attestent que le document exprime bien mes volontés, je les nomme ci-dessous :

Fait le _____ à _____

1 - Nom et signature :

2 - Nom et signature :