

*"Aujourd'hui, malade ou non,
je peux dire ce que je veux pour ma fin de vie."*

Directives anticipées

▪ Formulaire ▪

Identifications & Informations administratives

Nom :	Nom :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
Prénom(s) :	Prénom(s) :
Né(e) le :	Né(e) le :
à :	à :
Domicilié(e) à :	Domicilié(e) à :
.....	

- Je suis dans **l'incapacité d'écrire seul(e)** : oui non
- Si oui, je peux quand de même faire rédiger mes directives anticipées par une tierce personne devant deux témoins, en prenant bien soin de les désigner dans la partie « Cas particulier » en dernière page de ce formulaire.
- Je fais l'objet d'une **mesure de tutelle** : oui non
- Si oui, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation* : du juge du conseil de famille
*Je joins obligatoirement une copie de l'autorisation
- J'ai désigné une **personne de confiance** : oui non

► Si oui : Nom :

Prénom :

Coordonnées (postale, email, tél. ...) :

.....

.....

.....

@ :

.....

Tél. :

Fait, à

le / / Signature

En cas de modification ou d'annulation des directives anticipées

Nom :	Nom :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
Prénom(s) :	Prénom(s) :
Né(e) le :	Né(e) le :
à :	à :
Domicilié(e) à :	Domicilié(e) à :
.....	

Déclare :

- Modifier mes directives anticipées**
Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles. Demandez alors à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement qui les a conservées de supprimer 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.
- Annuler mes directives anticipées datées du / /**

Fait, à

le / / Signature

Mes directives anticipées

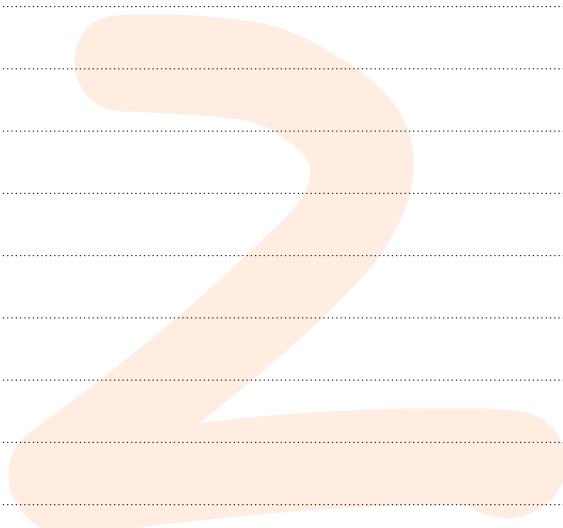
Mes directives anticipées seront applicables dans toutes les situations où je suis incapable de m'exprimer, et qui exigent une prise de décision thérapeutique.

Aujourd'hui, je me sais atteint d'une affection grave je pense être en bonne santé je suis en rémission d'un cancer

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté.**

J'écris ci-dessous mes volontés en ce qui concerne des actes ou des traitements médicaux dont je pourrais alors faire l'objet. Je précise dans quelles conditions je souhaite leur poursuite, leur limitation ou leur arrêt, ou encore j'indique si je les refuse.

J'écris 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 ne pourrais plus communiquer avec mes proches.



Je souhaite m'exprimer spécifiquement sur les situations suivantes :

Traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie

Concernant les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie (par exemple, tube pour respirer ou assistance respiratoire, dialyse chronique, interventions médicales ou chirurgicales, 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. Mais je suis prêt(e) à accepter les contraintes liées à mon souhait d'être maintenu(e) en vie.

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 puisse abréger ma vie.

Précisions complémentaires :

Alimentation ou hydratation par voies artificielles

Concernant une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie :

Je souhaite un apport continu de liquides et d'aliments (au moyen d'une sonde gastrique, d'une perfusion, d'une pose chirurgicale ou d'une sonde nutritive)
 Je refuse tout apport continu de liquides et d'aliments

Précisions complémentaires :

Réanimation cardiorespiratoire

Concernant la réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire :

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

Précisions complémentaires :

Sédation profonde et continue 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 conscience jusqu'à mon décès**.

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

Autres traitements

Dans le cas où je me sais malade, 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(e), j'indique ici ceux dont j'accepte ou je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

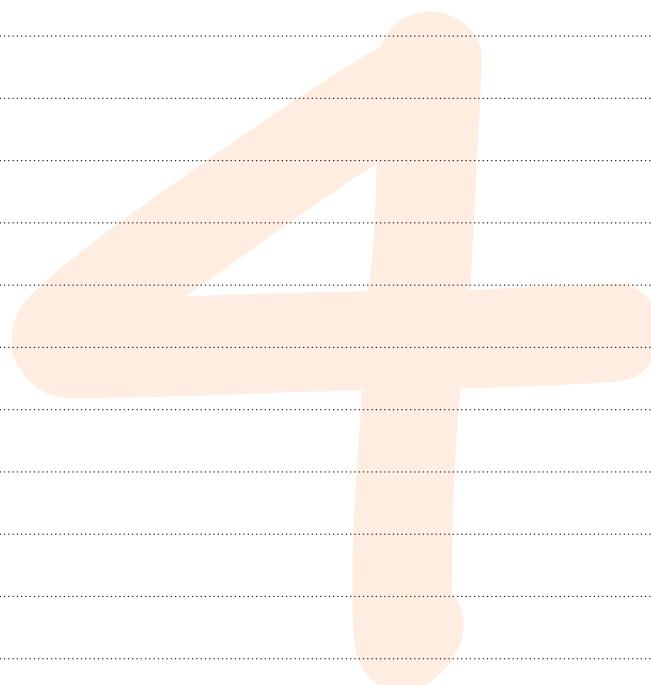
Précisions complémentaires :

Informations ou mes souhaits en dehors de mes directives anticipées

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 la solitude et la douleur en fin de vie, mes convictions religieuses...)

Je les écris ici, tout en ayant conscience que ces dernières informations ne seront pas opposables aux médecins :



Fait, à , le / / Signature

Cas particulier : rédaction devant témoins

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) 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 : Nom de jeune fille : Prénom :

Né(e) le : à :

Lien avec le patient : atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme :

Fait, à , le / / Signature

Témoin 2 - Je soussigné(e) :

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :

Né(e) le : à :

Lien avec le patient : atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme :

Fait, à , le / / Signature

Pour plus d'informations,
n'hésitez pas à contacter :

- Votre médecin traitant
- Votre médecin référent du CGFL
- L'équipe mobile de soins palliatifs du CGFL
- Les soignants du CGFL
- Le Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie : <http://www.spfv.fr>