

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e) _____, né(e) le _____
domicilié(e) _____,

déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés.

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection incurable, qu'elle qu'en soit la cause ou d'un accident grave, entraînant une dégradation irréversible de mes facultés, je souhaite :

- Que ma personne de confiance soit consultée sur ma volonté de finir dignement ma vie, qu'on n'entreprenne, ni de poursuivre les actes de prévention, investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie (art. L 1110-5 du code de la Santé Publique).

▪ Je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements suivants à entreprendre ou à poursuivre : (cocher)

➤ **Respiration artificielle** (une machine qui remplace ou qui aide ma respiration)

↳ Intubation /Trachéotomie

Oui Non Ne sais pas

↳ Ventilation par masque

Oui Non Ne sais pas

➤ **Réanimation cardio respiratoire** (en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique)

Oui Non Ne sais pas

➤ **Alimentation artificielle** (une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux)

Oui Non Ne sais pas

➤ **Hydratation artificielle** (par une sonde placée dans le tube digestif)

Oui Non Ne sais pas

➤ **Hydratation artificielle** (par perfusion)

Oui Non Ne sais pas

➤ **Rein artificiel** (une machine remplace l'activité de mes reins, le plus souvent l'hémodialyse)

Oui Non Ne sais pas

➤ **Transfert en réanimation** (si mon état le requiert)

Oui Non Ne sais pas

➤ **Transfusion sanguine**

Oui Non Ne sais pas

➤ **Intervention chirurgicale**

Oui Non Ne sais pas

➤ **Radiothérapie anticancéreuse**

Oui Non Ne sais pas

➤ **Chimiothérapie anticancéreuse**

Oui Non Ne sais pas

➤ **Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie**

Oui Non Ne sais pas

➤ **Examen diagnostic lourd et/ ou douloureux**

Oui Non Ne sais pas

▪ Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (physiques, psychologiques), même si cela a pour effet d'abréger ma vie : (cocher)

Oui Non Ne sais pas

- Par ailleurs je désire bénéficier d'une assistance religieuse à la fin de ma vie : Oui Non

Autres souhaits en texte libre :

.....

.....

.....

.....

Fait à :

Le :

Signature

Le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les 2 témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

L'un des deux témoins doit être la personne de confiance si vous l'avez désignée.

1^{er} témoin –

Nom, prénom :

Fait à : Le :

Signature

2^{ème} témoin –

Nom, prénom :

Fait à : Le :

Signature

Conservation

Je confie mes directives anticipées à :
.....
.....

Je conserve mes directives anticipées

Fait à :

Le :

Signature