

FORMULAIRE DE DIRECTIVES ANTICIPEES :

Mes volontés rédigées à l'avance, concernant les traitements
et les actes médicaux

Vous pouvez écrire ce qui vous semble personnellement important et/ou vous aider des formulations proposées. Vous n'êtes, évidemment, nullement obligé (e) d'anticiper précisément toutes les situations qui vous sont proposées (quelques exemples sont proposés en annexe).

Demandez à votre médecin de vous expliquer ce qui pourrait vous arriver, les traitements possibles, leurs efficacités et leurs risques.

Si le document n'offre pas assez d'espace, vous pouvez joindre d'autres pages.

Vous pouvez accompagner votre document de la désignation de votre personne de confiance si vous ne l'avez pas déjà désignée.

NOM et Prénoms :

Né (e) le : **à :**

Domicilié (e) à :

Je ne souhaite pas rédiger mes directives anticipées.

Fait à : Le :

Signature :

Je fais l'objet d'une mesure de tutelle¹, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation :

- Du juge : oui non
- Du conseil de famille : oui non

1. Au sens du Chapitre II du titre XI du livre 1^{er} du Code Civil

Contexte

J'ai rédigé les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes souhaits et ma volonté sur ce qui est important à mes yeux, après un accident, du fait d'une maladie grave ou au moment de la fin de ma vie.

Je souhaite exprimer ici :

- Mes convictions personnelles : ce qui est important pour moi, pour ma vie, ce qui a de la valeur pour moi (par exemple : convictions religieuses....)
- Ce que je redoute plus que tout (souffrance, rejet, solitude, handicap,...)

Je souhaite préciser ce qu'il me paraît important de faire connaître concernant ma situation actuelle (mon histoire médicale personnelle, mon état de santé actuel, ma situation familiale et sociale...)

Mes Directives concernant les décisions médicales :

Je veux m'exprimer :

- A propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple, état d'inconscience prolongé entraînant une perte de communication définitive avec les proches...)
- A propos des traitements destinés à me maintenir artificiellement en vie.

Voici les limites que je veux fixer pour les actes médicaux et les traitements, s'ils n'ont d'autre but que de prolonger ma vie artificiellement, sans récupération possible :

.....

.....

.....

.....

- Concernant la mise en œuvre d'une réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire :

.....

.....

.....

.....

- Concernant les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie dans les conditions que je ne souhaiterais pas (par exemple tube pour respirer ou assistance respiratoire, dialyse chronique, interventions médicales ou chirurgicales...)

.....

.....

.....

.....

- Concernant une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie, par exemple en cas d'état végétatif chronique (simple maintien d'un fonctionnement autonome de la respiration et de la circulation) :

.....

.....

.....

.....

Je souhaite évoquer d'autres situations (comme par exemple la poursuite ou l'arrêt de traitements ou d'actes pour ma maladie):

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

J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie ; don d'organes²...) sachant que **les soins de confort me seront toujours administrés :**

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

Fait à : **le :**

Signature

Directives anticipées modifiées le :

² le don d'organes est présumé chez toute personne dont la médecine juge qu'il est possible, sauf si elle le refuse : dans ce cas, elle peut s'inscrire sur le Registre national des refus de dons d'organes à l'aide d'un formulaire (www.dondorganes.fr/medias/pdf/formulaire_registre_refusvf.pdf)

LOCALISATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Formulaire des directives anticipées

- **Conservé sur moi ou chez moi :** **oui** **non**

- Si oui, à l'adresse actuelle :

.....

- A tel endroit :

.....

- **Remis à :**

- Ma personne de confiance :
- Autre (s) personne (s) (cf tableau ci-dessous)

NOM	Prénom	Qualité (Médecin, famille, amis...)	Adresse	Téléphone

NOM ET COORDONNEES DE MA PERSONNE DE CONFIANCE

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de Santé Publique)

Je soussigné (e) nom, prénom, date et lieu de naissance

.....

Nomme la personne de confiance suivante :

NOM, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé : professionnel : portable :

E-mail :

► Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

Oui non

► Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

Oui non

Fait à : le :

Signature

Signature de la personne de confiance

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 personnes désignées ci-dessous (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoïn 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 à : le :

Signature

Témoïn 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 à : le :

Signature

MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné (e)

Nom et prénoms

→ Déclare modifier mes directives anticipées de ce formulaire comme suit :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ Déclare annuler mes directives anticipées.

→ Déclare renoncer à mes directives anticipées et déléguer à ma personne de confiance l'expression de mes souhaits et volontés.

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul (e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées décrites à la page précédente (dont votre personne de confiance si vous l'avez désigné(e)).

Fait à : le :

Signature

