

FORMULAIRE DIRECTIVES ANTICIPEES



Je soussigné(e) (*nom-prénom*) :

Né(e) le : à :

Domicilié :

Affirme rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés intellectuelles. S'il arrivait un moment où je ne sois plus en état de prendre part aux décisions concernant mes traitements de fin de vie, je demande à ce que le/les choix ci dessous soient considérés comme l'expression formelle de ma volonté :

Refuse tous les traitements (non acharnement thérapeutique), dont l'alimentation et l'hydratation, y compris pour les affections intercurrentes.

(Les actes [thérapeutiques] mentionnés à l'article L. 1110-5 [du code de la santé publique] ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire. Article L. 1110-5-1 du code de la santé publique.)

Refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie.

Demande que soient soulagées toutes mes douleurs.

(Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée. Article L. 1110-5-3 du code de la santé publique.)

Demande à bénéficier d'une sédation profonde et continue.

(À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie. Article L. 1110-5-2 du code de la santé publique.)

Autre :

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

PAR AILLEURS, JE SOUHAITE :

Mourir à domicile : oui non

Faire don de mes organes : oui non (renseignements sur <https://www.dondorganes.fr/>)

Etre crématisé : oui non



Je confie mes directives à :

Je conserve mes directives.

Fait à Le.....

Signature :

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

1^{er} témoin

Nom et Prénom.....

Qualité.....

Date.....

Signature :

2^{ème} témoin

Nom et Prénom.....

Qualité.....

Date.....

Signature :

J'ai reçu(e) l'information et je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées.

Date :

Signature :



LES DIRECTIVES ANTICIPÉES, QU'EST-CE QUE C'EST ?

C'est une déclaration écrite qui indique vos volontés pour votre fin de vie, si un jour vous étiez en situation où vous ne pouvez plus vous exprimer. Elles permettront au médecin de connaître vos souhaits en matière de traitements médicaux. Leur rédaction n'est pas obligatoire, c'est un acte libre.

1. Comment ça marche ?



Quand peut-on les écrire ?
Quand vous voulez, que vous soyez malade ou non. Elles peuvent être modifiées ou annulées à tout moment et n'ont pas de limite de temps.



Comment les rédiger ?
Vous pouvez les rédiger sur le modèle disponible **à l'accueil et le site internet de la clinique** ou sur papier libre daté et signé.



Quoi écrire ?
Notamment vos souhaits pour la poursuite, l'arrêt, le refus de traitements médicaux pour votre fin de vie.

2. Avec qui parler de vos directives anticipées ?



Demander des conseils

- Professionnel de santé
- Personne de confiance, proche ou famille
- Association de patients ou d'accompagnement
- Toute autre personne avec qui vous souhaitez en parler et qui peut vous aider à réfléchir



Pour indiquer leur existence et leur lieu de conservation

- Médecin ou établissement de santé
- Personne de confiance
- Proches, famille

3. Et après où les conserver ?



Dans votre dossier médical partagé en les confiant à l'Assurance Maladie



Dans votre dossier médical en les confiant à votre médecin



Chez votre personne de confiance / votre famille / un proche



Avec vous, en donnant des copies