



Je soussigné(e)

Nom et Prénoms :

Né(e) le : A :

Domicilié(e) à :

Si je bénéficie d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne (anciennement dénommée tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du Livre Ier du Code Civil) :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - J'ai l'autorisation du juge | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - J'ai l'autorisation du conseil des familles | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Veillez joindre la copie de l'autorisation.

La personne chargée de la mesure de protection (le tuteur) ne peut pas vous assister ou vous représenter.

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie ou d'une maladie grave.



MES VOLONTÉS SONT LES SUIVANTES :

1

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 traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc...) entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible ou en phase terminale d'une maladie.

J'indique ici 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/ou je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2

A propos des actes et traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre de refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielle, etc...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3

A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent 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-à-dire un traitement qui m'endort et me soulage :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4

Les informations ou souhaits que je veux exprimer 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 les informations suivantes:

- par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches
- mes craintes, mes attentes ou mes convictions (par exemple sur la solitude, la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours)

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Fait le A

ÉCRIT PAR :

Le patient

Signature du patient :

OU

Deux témoins

Témoin 1 :

Nom et Prénoms :

Qualité :

Témoin 2 :

Nom et Prénoms :

Qualité :

Attestons que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Monsieur ou Madame (Nom et Prénoms) :

.....

Signature du témoin 1 :

Signature du témoin 2 :

**Document à remettre au personnel soignant
(pour conservation dans le dossier médical)**