

Comment ça marche



Quand peut-on écrire ?

Quand vous voulez, que vous soyez malade ou non.



Comment les rédiger ?

Vous pouvez utiliser le modèle ci-contre. Sinon un simple papier suffit.



Quoi y écrire ?

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

Avec qui parler de vos directives anticipées ?

Pour demander des conseils



Professionnel de santé



Associations de patients ou d'accompagnement



Personne de confiance, proches ou famille



Médecin



Personne de confiance



Proches, famille

Pour prévenir de l'existence de vos directives anticipées et de leur lieu de conservation

Informations à mentionner



Actes et traitements contribuant au maintien de la vie
Assistance respiratoire
Réanimation cardio-respiratoire
Alimentaire et/ou hydratation artificielle



Grands principes
Maintien en vie artificielle
Sédation profonde



Vos attentes et vos craintes
Concernant certains traitements



Votre situation personnelle
Si elle peut aider le médecin à comprendre vos souhaits

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 une personne de confiance, votre famille, un proche



Avec vous, en donnant des copies

Directives **ANTICIPÉES**

Qu'est-ce que c'est ? À quoi ça sert ? Comment les rédiger ?



Vous pouvez nous faire part de vos souhaits en matière de traitements médicaux pour votre fin de vie, au cas où vous ne pourriez plus vous exprimer. Vos directives anticipées, document écrit, permettront au médecin de suivre votre volonté.

Vous pouvez utiliser le formulaire joint à ce dépliant. Sinon un simple papier daté et signé peut suffire.

Les professionnels de santé sont à votre disposition pour échanger et vous aider dans la rédaction.

MON IDENTITÉ

Nom et prénom(s) :

Né(e) le à

Domicilié(e) à

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil :

• J'ai l'autorisation du juge : Oui Non

• Du Conseil de famille : Oui Non

Veuillez joindre la copie de l'autorisation

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Mes volontés au cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie, sont les suivantes :

1 À propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie J'indique ici 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 :

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

2 À propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet. La loi prévoit qu'au titre du 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 etc.) :

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

Si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu d'une maladie dont je pourrais être atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

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

3 À 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 d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....
.....

4 Autres informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées.

.....
.....

Fait le à

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 témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance).

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénom(s) :

Qualité :

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Fait le à

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénom(s) :

Qualité :

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Fait le à

Signature

Signature

MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e)

.....

• Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Seul le document le plus récent fait foi.

• Ou : déclare annuler mes directives anticipées en date du :

Fait le à

Signature