

Formulaire de recueil des directives anticipées en situation de fin de vie

PREAMBULE

Des directives anticipées, qu'est-ce que c'est?

La fin de vie peut arriver après un accident, une maladie aiguë ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé vos directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés en matière de traitements ou actes médicaux. Nous vous incitons à informer votre médecin ou vos proches de l'existence de ces directives anticipées et de leur lieu de conservation, afin qu'elles soient facilement accessibles.

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir. Leur rédaction n'est pas obligatoire, il s'agit d'un acte libre.



Qui peut m'aider?

Il peut être utile de solliciter l'avis d'un professionnel de santé ou d'un autre interlocuteur :

Professionnel de
santé



Personne de
confiance, proche
ou famille



Association de patients
ou d'accompagnement



Tout autre personne qui
peut vous aider
à réfléchir



1- IDENTIFICATION

Je soussigné.e,

Nom de naissance (ou d'adoption) : Nom d'usage :

Prénom(s) : Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle, j'ai l'autorisation du juge ou du conseil de famille : OUI NON

(si oui, veuillez joindre la copie de l'autorisation)

Enonce ci-dessous mes directives anticipées, conformément à l'article L1111-11 du code de la santé publique et dans le cadre de la loi dite Léonetti, pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté et que mon état de santé pourrait nécessiter des traitements particuliers.

Ces directives seront prises en considération par le médecin, à l'issue d'une procédure collégiale, avant toute décision de limiter ou d'arrêter les traitements qui s'avèreraient inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de ma vie. Seules les volontés de nature médicale constitueront des directives obligatoires pour les médecins.

Les présentes directives anticipées sont valables sans limite de temps et **peuvent être modifiées ou révoquées à tout moment**. Ces directives anticipées prévalent aux souhaits de ma famille ou personne de confiance.

Vous avez le choix d'énoncer vos directives anticipées :

- à l'aide du tableau guide (partie 2) et d'utiliser la partie zone de texte libre (partie 3) pour apporter des précisions si nécessaires

OU

- de vous servir exclusivement de la zone de texte libre (partie 3)

2- TABLEAU GUIDE

JE DÉCIDE D'ACCEPTER LES ACTES SUIVANTS :	OUI	NON	PAS D'AVIS
• Respiration artificielle par trachéotomie 			
Une machine remplace ou aide ma respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si je suis déjà porteur d'un tel dispositif, je désire qu'il soit arrêté</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Réanimation cardio-respiratoire 			
Ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alimentation artificielle 			
Par sonde placée dans le tube digestif ou par perfusion intraveineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si je suis déjà porteur d'un tel dispositif, je désire qu'il soit arrêté</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Réhydratation artificielle 			
Par sonde placée dans le tube digestif ou par perfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si je suis déjà porteur d'un tel dispositif, je désire qu'il soit arrêté</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rein artificiel 			
Une machine remplace l'activité de mes reins (hémodialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si je suis déjà porteur d'un tel dispositif, je désire qu'il soit arrêté</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulaire de recueil des directives anticipées en situation de fin de vie

JE DÉCIDE D'ACCEPTER LES ACTES SUIVANTS :	DANS LE CAS D'UNE MALADIE GRAVE			DANS LE CAS D'UNE MALADIE AÏGUE / D'UN ACCIDENT		
	OUI	NON	PAS d'AVIS	OUI	NON	PAS d'AVIS
• Transfert vers un service de réanimation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transfusion de produits sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si c'est déjà le cas, je désire que cela soit arrêté</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres traitements visant à prolonger ma survie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JE PRÉFÈRE	OUI	NON	PAS D'AVIS
Rester à domicile , autant que possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etre hospitalisé.e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JE DEMANDE	OUI	NON	PAS D'AVIS
A 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulaire de recueil des directives anticipées en situation de fin de vie

6- EN CAS D'IMPOSSIBILITE D'ECRIRE ET DE SIGNER

Bien qu'en état d'exprimer ma volonté, je suis dans l'impossibilité d'écrire et de signer moi-même les présentes directives anticipées. Les deux témoins ci-dessous attestent que ce document est l'expression de ma volonté libre et éclairée.

Identité du 1er témoin

(Personne de confiance si désignée)

Je soussigné.e,

Nom de naissance :

(ou d'adoption)

Nom d'usage :

(Nom d'épouse par ex)

Prénom(s) :

Qualité :

Adresse:

N° de Téléphone :

Atteste que les directives anticipées en date du

relatent bien l'expression de la volonté libre et

éclairée de M/Mme

Date :

Signature

Identité du 2e témoin

Je soussigné.e,

Nom de naissance :

(ou d'adoption)

Nom d'usage :

(Nom d'épouse par ex)

Prénom(s) :

Qualité :

Adresse:

N° de Téléphone :

Atteste que les directives anticipées en date du

relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée

de M/Mme

Date :

Signature

7- EN CAS DE REVOCATION DES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je révoque mes directives anticipées

Date :

Signature du patient ou des 2 témoins :