



Les directives anticipées

(cf. article L. 1111-11 du code de la santé publique)

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

Si vous ne pouvez plus vous exprimer, elles seront donc consultées préalablement à la décision médicale et leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical. **Vos directives anticipées peuvent être annulées ou modifiées à tout moment.** Si vous souhaitez que vos directives soient prises en compte, sachez les rendre accessibles au médecin qui vous prendra en charge au sein de l'établissement : confiez-les-lui ou signalez leur existence et indiquez les coordonnées de la personne à laquelle vous les avez confiées.

Vous pouvez rédiger vos directives anticipées sur papier libre ou selon les deux modèles proposés sur le site de la haute autorité de santé (www.has-sante.fr), selon que vous êtes actuellement bien portant ou atteint d'une grave maladie.

Je souhaite rédiger mes directives anticipées : OUI NON

Patient(e)/Résident(s) dans l'incapacité de rédiger ses directives anticipées : OUI NON

- 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 et à préciser ci-dessous⁽¹⁾ (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).
- Si vous bénéficiez d'une mesure de tutelle, joindre la copie de l'autorisation du juge ou du conseil de famille.

NOM ET PRENOMS : **Date de naissance :**

Adresse :

Je pense être en bonne santé

Je ne suis pas atteint(e) d'une maladie grave

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 vie.** Mes volontés 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 (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.., entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

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 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, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....

.....

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 :

.....

.....

⁽¹⁾ Si témoins : Nom / prénoms N°1 :

Qualité :

Nom / prénoms n°2 :

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(s) :