

DIRECTIVES ANTICIPEES ET PERSONNE DE CONFIANCE

Pourquoi ?

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes souhaits et ma volonté** sur ce qui est important pour moi, après un aléa thérapeutique, un accident, du fait d'une maladie grave ou au moment de la fin de ma vie.

Je nomme une personne de confiance pour être garant du respect de ma volonté.

Attention la personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir et inversement.

Ma personne de confiance

Je soussigné(e) (Nom, Prénom, date et lieu de naissance)

.....

Nomme la personne de confiance suivante :

Nom, prénom :.....

Adresse :.....

Téléphone :.....

Email :.....

- ✓ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui / non
- ✓ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui/non
- ✓ Accord de la personne de confiance : oui/non

Fait à :

le :

Signature

Signature de la personne de confiance

Je suis une personne n'ayant pas de maladie grave

Je vais être hospitalisé(e), je donne mes directives concernant les décisions médicales au cas où je ne pourrai plus m'exprimer :

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

Je veux m'exprimer à propos de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux, n'ayant pour but que de me maintenir artificiellement en vie, sans possibilité de récupération (par exemple, assistance respiratoire et/ou tube pour respirer, et/ou perfusion ou tuyau dans l'estomac pour s'alimenter...) :

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

J'ai d'autres souhaits (par exemple lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes, accompagnement religieux et/ou spirituel) sachant que **les traitements contre les douleurs et les soins de confort me seront toujours administrés** :

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

Fait à :

le :

Signature

Directives anticipées modifiées le :

Je suis une personne ayant une maladie grave ou en fin de vie

Je vais être hospitalisé(e), je donne mes directives concernant les décisions médicales au cas où je ne pourrai plus m'exprimer :

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

Je veux m'exprimer à propos de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux, n'ayant pour but que de me maintenir artificiellement en vie, sans possibilité de récupération (par exemple, assistance respiratoire et/ou tube pour respirer, et/ou perfusion ou tuyau dans l'estomac pour s'alimenter...) :

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

Concernant la mise en œuvre d'une réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire :

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

Concernant les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie dans les conditions que je ne souhaiterais pas (par exemple tube pour respirer, ou assistance respiratoire, dialyse chronique, interventions médicales et chirurgicales...) :

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

Concernant une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie, par exemple en cas d'état végétatif chronique:

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

J'ai d'autres souhaits (par exemple lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes, accompagnement religieux et/ou spirituel) sachant que **les traitements contre les douleurs et les soins de confort me seront toujours administrés :**

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

En cas de douleurs réfractaires à tous les traitements, je souhaite bénéficier ou non d'une sédation prolongée et continue ayant pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

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

Fait à :

le :

Signature

Directives anticipées modifiées le :