

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e) (Nom – Prénom) :

Né(e) le : A :

- 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**. Mes volontés sont les suivantes :

- Respiration artificielle (*une machine qui remplace ou qui aide ma respiration*)
Intubation / trachéotomie oui non ne sais pas
Ventilation par masque oui non ne sais pas
- Réanimation cardio-respiratoire oui non ne sais pas
(*en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique*)
- Alimentation artificielle oui non ne sais pas
(*une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux*)
- Hydratation artificielle oui non ne sais pas
(*par une sonde placée dans le tube digestif*)
- Rein artificiel oui non ne sais pas
(*une machine remplace l'activité de mes reins, le plus souvent l'hémodialyse*)
- Transfert en réanimation (si mon état le requiert) oui non ne sais pas
- Transfusion sanguine oui non ne sais pas
- Intervention chirurgicale oui non ne sais pas
- Radiothérapie oui non ne sais pas
- Chimiothérapie oui non ne sais pas
- Examen diagnostique lourd et/ou douloureux oui non ne sais pas
(*Imagerie médicale, bilan sanguin, ...*)

- 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 a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès : oui non ne sais pas

Autres souhaits en texte libre :

.....
.....

Fait à le

Signature

Si le patient est dans l'impossibilité physique de rédiger lui-même ses directives anticipées, deux témoins attestent par écrit, que le document est l'expression de sa volonté libre et éclairée :

1^{er} témoin

Nom, Prénom :

Qualité :

Date et signature :

2^{ème} témoin

Nom, Prénom :

Qualité :

Date et signature :

Et après, où les conserver ?

Je confie mes directives anticipées à : la personne de confiance le médecin traitant autres :
.....

Je conserve mes directives anticipées

Fait à Le

Signature