

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e) (Nom – Prénom)

Nom de naissance :.....

Né(e) le : à :

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer mes volontés.**

Ces directives anticipées exprimeront ma volonté relative à ma fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux.

Les directives anticipées ne sont pas un substitut au dialogue n’y une économie de rencontre, elles n’ont pas pour vocation d’évincer la parole et l’information ; **elles sont la manifestation d’un souhait.**

« Article L 1110.5.3 du CSP : Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, prise en compte, évaluée et traitée »

L'expression orale du patient apte à comprendre et à s'exprimer est prioritaire sur tout écrit antérieur.

- Je souhaite préciser ce qu'il me paraît important de faire connaître concernant ma situation actuelle :

Histoire médicale / Etat de santé actuel / Situation familiale :

[illegible]

- Je souhaite m'exprimer afin d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable.
« Article L 1111.4 du CSP : Toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qui lui fournit, les décisions concernant sa santé ».

Concernant ces situations, j'exprime si je suis favorable à ce que l'on continue à me prodiguer ces soins :

- Respiration artificielle (une machine qui maintient ma fonction respiratoire)
- 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)
- Rein artificiel ☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas
(une machine remplace l'activité de mes reins, le plus souvent l'hémodialyse)
- Intervention chirurgicale (en cas d'urgence /symptômes douloureux) ☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas
- Examen diagnostique invasif et/ou douloureux ☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas
(Imagerie médicale, bilan sanguin, ponction d'ascite, ponction lombaire ...)

« Art L 1110 51 du CSP : L'alimentation et l'hydratation sont considérées non pas comme des soins de confort mais comme des traitements. Ils peuvent donc être arrêtés. »

Concernant ces situations, j'exprime si je suis favorable à ce que l'on continue à me prodiguer ces traitements :

➤ 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 ou en intraveineux)

• Ma position concernant la **sédation profonde et continue** associée à un traitement de la douleur :

La sédation n'est pas un moyen détourné d'accélérer la fin de vie du patient. L'objectif ne peut être que de diminuer l'état de conscience.

Extrait de l'article L1110-5-2 du code de la santé publique :

A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie (traitement contre la douleur) et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements (souffrance qui persiste malgré les traitements mis en place);

2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Si j'exprime le souhait de ne pas souffrir et de ne pas subir d'obstination déraisonnable la loi m'autorise à indiquer ici si je veux ou non bénéficier de la mise en place d'une sédation profonde et continue associée à un traitement anti-douleur, c'est-à-dire un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès.

Si cette situation devait se présenter, j'exprime mon souhait :

- ☐ je suis favorable à la sédation profonde et continue
☐ je ne suis pas favorable à la sédation profonde et continue
☐ je ne sais pas, je n'exprime pas de souhait

Autres souhaits en texte libre :

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

Je souhaite informer ma personne de confiance ou à défaut la famille ou l'un de mes proches de ces présentes décisions

☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas

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