|  |
| --- |
| **Formulaire « Mes Directives Anticipées »** |



Les directives anticipées expriment la volonté d’une personne relative à sa 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'acte médicaux lorsqu’elle ne peut plus s’exprimer suite à un accident ou à une maladie grave. Rédiger ses directives anticipées n’est pas une obligation. Envisager cette situation est difficile, mais il est important d’y réfléchir sachant qu’à tout moment vous pourrez les modifier *(le document le plus récent faisant foi).*

Elles permettront de faire connaître à vos proches mais surtout aux médecins, vos souhaits en fin de vie afin de recevoir des soins adaptés.

Une fois rédigées, vous pourrez conserver vos directives anticipées dans un lieu accessible ou les enregistrer dans votre espace de santé numérique « Mon espace santé » rubrique « Entourage et volontés ». Il sera alors important d’informer votre personne de confiance, votre entourage proche et de faire connaitre leur existence aux équipes soignantes vous prenant en charge.

Nom : ……………………………………………………………………………………….... Prénoms : …………………………………………………………………………………………………

Né(é) le : ……………………………………………………………. à : …………………………………………………………………………………………………………………........................

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Dans le cas où je suis sous tutelle, je fournis une copie de l’accord du juge des tutelles ou du conseil de famille (*joindre copie*).

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**.

* Je suis atteint(e) d’une maladie grave / Je pense être proche de la fin de ma vie
* Je pense être en bonne santé / Je ne suis pas atteint(e) d’une malade grave

*(Cocher les cases correspondantes)*

**CE QUE JE VIS :**

Si vous souhaitez exprimer ou préciser certaines informations en dehors des directives anticipées :

* Ce qui est important pour vous : vos craintes, vos attentes, vos convictions (par exemple sur la solitude, la douleur en fin de vie, l’accompagnement par vos proches, le lieu où vous souhaitez finir vos jours, vos convictions religieuses, etc.)
* Ce qui vous semble important de faire connaitre concernant votre situation actuelle (situation familiale et sociale, votre histoire médicale, votre état de santé actuel, etc.)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fait le …………………………………………à ……………………………………………………………………………… **Signature:**

**CE QUE JE SOUHAITE, MES VOLONTÉS :**

**❶** A 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., entrainant 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 :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**❷** à propos des actes et des traitements médicaux que je pourrais recevoir. La loi prévoit qu’au titre du refus de l’obstination déraisonnable, ils doivent 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 cardiorespiratoire (massage cardiaque), assistance respiratoire (intubation), alimentation (sonde ou perfusion d’alimentation) et hydratation artificielles, dialyse rénale, intervention chirurgicale, etc… :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

 *Dans le cas où je rédige ces directives anticipées sachant que* ***je suis atteint(e) d’une malade grave****: si mon médecin m’a parlé de manière plus précise d’autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint (e), j’indique ici ceux dont j’accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**❸** 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 j’accepte ou je refuse la 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 :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Fait le …………………………………………à ……………………………………………………………………………… **Signature:**

**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

Etant dans l’incapacité physique d’écrire seul(e) mes directives anticipées :

Témoin 1 : Je soussigné(e), …………………….............................., agissant en qualité de …………………………... atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l’expression de la volonté libre et éclairée de : ...........................................................................

 Fait à : …………………………………………. Le : ……………………… Signature :

Témoin 2 : Je soussigné(e), …………………….............................., agissant en qualité de …………………………... atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l’expression de la volonté libre et éclairée de : ...........................................................................

 Fait à : …………………………………………. Le : ……………………… Signature :