

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

Mes directives concernant les décisions médicales. **Je veux m'exprimer :**

- 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, état d'inconscience prolongé entraînant une perte de communication définitive avec les proches...);
- à propos des traitements destinés à me maintenir artificiellement en vie.

Voici les limites que je veux fixer pour les actes médicaux et les traitements, s'ils n'ont d'autre but que de prolonger ma vie artificiellement, sans récupération possible :

- concernant la mise en oeuvre 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 ou chirurgicales...):

- concernant une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie, par exemple en cas d'état végétatif chronique (simple maintien d'un fonctionnement autonome de la respiration et de la circulation) :

Je souhaite évoquer d'autres situations (comme par exemple la poursuite ou l'arrêt de traitements ou d'actes pour ma maladie) :

J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes...) sachant que les soins de confort me seront toujours administrés :

Fait à.....

le :

Signature :

Directives anticipées modifiées le :

B - Je suis une personne n'ayant pas de maladie grave

Après un accident grave ou un évènement aigu (accident vasculaire cérébral, infarctus..), je peux me trouver dans une situation où l'on peut me maintenir artificiellement en vie. Ces procédés de suppléance des fonctions vitales peuvent être mis en œuvre de façon pertinente, mais leur maintien peut parfois apparaître déraisonnable.

Mes directives concernant les décisions médicales ; **Je veux m'exprimer :**

- 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) ;
- à propos des traitements qui n'ont d'autre 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...) ;
- à propos de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux :

J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes3...) sachant que les soins de confort me seront toujours administrés

Fait à.....

le :

Signature :

Directives anticipées modifiées le :

Localisation de mes directives anticipées

Conservées sur moi ou chez moi : oui non

- si oui, à l'adresse actuelle :
- à tel endroit :

Remis à :

- ma personne de confiance :
- autre(s) personne(s) (cf tableau ci-dessous) :

Nom	Prénom	Qualité (médecin, famille, amis....)	Adresse	Téléphone

Nom et coordonnées de ma personne de confiance

Je soussigné (e),

Né(e) le

Désigne (Nom et Prénom).....

Comme PERSONNE DE CONFIANCE.

Coordonnées téléphoniques :

Adresse :

.....

E-mail :

- 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

Fait à.....

le :

Signature :

Signature de la personne de confiance

Cas particulier : je suis dans l'incapacité physique d'écrire seule mes directives anticipées

Quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées ci-dessous (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1

Je soussigné (e),

Né(e) le

Qualité (lien avec la personne).....

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 :

Témoin 2

Je soussigné (e),

Né(e) le

Qualité (lien avec la personne).....

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 :

Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e) (Nom et prénoms)

- Déclare modifier mes directives anticipées de ce formulaire comme suit :

- Déclare annuler mes directives anticipées
- Déclare renoncer à mes directives anticipées et déléguer à ma personne de confiance l'expression de mes souhaits et volontés.

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées décrites à la page précédente (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Fait à.....

le :

Signature :