

**Formulaire relatif aux directives anticipées****Mes directives anticipées (Modèle A)**

- *Je suis atteint d'une maladie grave*
- *Je pense être proche de ma fin de vie*

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 :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

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 :

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

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou 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 qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : j'accepte je refuse
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : j'accepte je refuse
- Une intervention chirurgicale : j'accepte je refuse
- Autre :

.....
.....

- Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) : j'accepte je refuse
- Dialyse rénale : j'accepte je refuse
- Alimentation et hydratation artificielles : j'accepte je refuse
- Autre :

.....
.....

Enfin 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, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....
.....



Formulaire relatif aux directives anticipées

(Suite) Mes directives anticipées (Modèle A)

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintenaient artificiellement 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 d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès.

.....
.....

Fait le à.....

Signature

**Formulaire relatif aux directives anticipées****Mes directives anticipées (Modèle B)**

- *Je pense être en bonne santé*
- *Je ne suis pas atteint d'une maladie grave*

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 :

1° 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).

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 :

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

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou 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 :

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Réanimation cardiaque et respiratoire : | <input type="checkbox"/> j'accepte | <input type="checkbox"/> je refuse |
| <input type="radio"/> Assistance respiratoire (tube pour respirer) : | <input type="checkbox"/> j'accepte | <input type="checkbox"/> je refuse |
| <input type="radio"/> Alimentation et hydratation artificielles : | <input type="checkbox"/> j'accepte | <input type="checkbox"/> je refuse |
| <input type="radio"/> Autre : | | |

.....
.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintenaient artificiellement 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 d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès.

.....
.....

Fait le à.....

Signature

**Formulaire relatif aux directives anticipées****Cas particulier**

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin N°1 : Je soussigné(e)

Nom et prénom :

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.....

Né(e) le :

Fait le à.....

Signature

Témoin N°2 : Je soussigné(e)

Nom et prénom :

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.....

Né(e) le :

Fait le à.....

Signature

**Formulaire relatif aux directives anticipées****Modification ou annulation de mes directives anticipées**

Je soussigné(e)

Nom, prénom

- Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.
- Ou : déclare annuler mes directives anticipées datées du

Fait le à.....

Signature :

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier décrit ci-dessus.