

## MON IDENTITE :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Avez-vous désigné une personne de confiance ?  oui  non

Si « oui », indiquer son nom et prénom : \_\_\_\_\_

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle, j'ai l'autorisation\* :  du Juge des tutelles  du Conseil de famille

\*Joindre la copie de l'autorisation

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 VOLONTES 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) :

- ✓ Maintien artificiel en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :  J'accepte  Je refuse

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 ne peuvent 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 ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient **entrepris** notamment :

- ✓ Réanimation cardiaque et respiratoire.....  J'accepte  Je refuse  
✓ Réanimation cardiaque et respiratoire en vue d'un don d'organes  J'accepte  Je refuse  
✓ Branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale .....  J'accepte  Je refuse  
✓ Intervention chirurgicale .....  J'accepte  Je refuse  
✓ Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

➤ Si ces actes ou traitement 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 (précisez) : \_\_\_\_\_

➤ Si je suis atteint d'une maladie grave et que 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 je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

- ✓ \_\_\_\_\_  J'accepte  Je refuse  
✓ \_\_\_\_\_  J'accepte  Je refuse  
✓ \_\_\_\_\_  J'accepte  Je refuse  
✓ \_\_\_\_\_  J'accepte  Je refuse

3° à propos de **la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur** (traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès) :

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie :

- Je veux bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur  
 Je ne veux pas bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur

**Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant au recto du présent document :**

Je souhaite porter à la connaissance du médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie les informations suivantes (exemple : sur ma situation personnelle ou celle de mes proches, mes craintes, mes attentes ou mes convictions sur la douleur en fin de vie, le lieu où je souhaite finir mes jours....) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CAS PARTICULIER :**

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

**Témoin 1 : Je soussigné(e) :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Mr ou Mme

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Fait le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Signature :

**Témoin 2 : Je soussigné(e) :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Mr ou Mme

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Fait le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Signature :

Fait le : \_\_\_\_\_

Signature :

à : \_\_\_\_\_

**MODIFICATION OU ANNULATION DES DIRECTIVES ANTICIPEES**

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 :