



DIRECTIVES ANTICIPEES

MODELE B

Cas particuliers : JE NE PEUX PAS ECRIRE ET SIGNER MOI-MEME MES DIRECTIVES ANTICIPEES

→ Quelqu'un peut le faire devant vous et devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 : je soussigné

Nom et prénoms :

Qualité :

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

Fait à :

Le :

Signature :

Témoin 2 : je soussigné

Nom et prénoms :

Qualité :

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

Fait à :

Le :

Signature :

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

MON IDENTITE :

Nom et Prénom(s)

Né(e) le..... à

Domicilié(e) à

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle :

J'ai l'autorisation du juge : oui ☐ non ☐

veuillez joindre la copie de l'autorisation

Du conseil de famille : oui ☐ non ☐

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de ma fin de vie.

MES VOLONTES SONT LES SUIVANTES :

1. A propos **des situations** dans lesquelles, je veux ou ne veux pas que l'on continue à me maintenir en vie (ex : 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 en vie artificiellement dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches.

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

2. A propos des actes et 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 être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autres effets que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc si j'accepte ou je refuse de tels actes (ex : Une réanimation cardiaque et respiratoire, assistance respiratoire, alimentation ou hydratation artificielle) :

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

A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur :

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue **associée a 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.

J'accepte ☐ Je refuse ☐

Commentaires :

.....

3. Autres souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées : *seules les volontés médicales ont un caractère obligatoire*

.....

.....

.....

Fait à

Le

Signature

LOCALISATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Si vous souhaitez les mettre en sécurité : garder ces indications vers vous avec vos papiers d'identité ou carte vitale.

Formulaire conservé sur moi : oui ☐ non ☐ Si oui, à quel endroit :

Formulaire conservé chez moi : oui ☐ non ☐

Si oui, à l'adresse :

Et à quel endroit :

Formulaire remis à :

Nom, prénom	Qualité (médecin, famille, ami,...)	Adresse	Téléphone

MODIFICATIONS OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné

Nom et prénom(s) :

☐ Je choisis de rédiger de nouvelles directives anticipées

N.B. : penser à faire détruire les précédentes.

☐ Je déclare annuler mes directives anticipées datées du

Fait à

Le :.....

Signature

