



Polyclinique de l'Europe
Saint-Nazaire



DIRECTIVES ANTICIPEES

MODELE A

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).

Témoïn 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 :

Témoïn 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 risque de me trouver (ex : situation de coma ou phase terminale), 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 traitement 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 qu'il soit entrepris notamment :

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

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

- ▶ Assistance respiratoire (tube pour respirer) : maintien arrêt
- ▶ Dialyse rénale : maintien arrêt
- ▶ Alimentation et hydratation artificielle : maintien arrêt
- ▶ 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 **je refuse la mise en œuvre** :

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

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

Rédaction	Validation	Approbation
Mme SCHWEITZER AS référente soins palliatifs <i>Signature électronique dans le logiciel qualité YES</i>	Mme AUBENAS GUINCHARD Responsable qualité/risques <i>Signature électronique dans le logiciel qualité YES</i>	Mme PETIT Directrice des soins <i>Signature électronique dans le logiciel qualité YES</i>
		Dr RABASSE Présidente du CLUD SP <i>Signature électronique dans le logiciel qualité YES</i>

SUIVI DES MODIFICATIONS		
Date	Version	Objet de la modification
12/10/2016	1	Création
01/09/2020	2	Modification
23/10/2023	3	Modification