

Les Directives Anticipées, qu'est-ce que c'est ?

C'est une déclaration écrite qui indique vos volontés pour votre fin de vie, si un jour vous êtes en situation où vous ne pouvez plus vous exprimer. Elles permettront au médecin de connaître vos souhaits en matière de traitements médicaux. Leur rédaction n'est pas obligatoire, c'est un acte libre.

Il est conseillé d'informer une personne de votre entourage de l'existence de vos directives anticipées.

Formulaire

Identification & informations administratives

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Né(e) le :

À :

Domicilié(e) à :

Je suis dans l'incapacité d'écrire seul(e) : oui non

Si oui, je peux quand même faire rédiger mes directives anticipées par une tierce personne devant deux témoins, en prenant bien soin de les désigner dans la partie « Cas particulier » en dernière page de ce formulaire.

Je fais l'objet d'une mesure de tutelle : oui non

Si oui, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation* : du juge du conseil de famille

*Je joins obligatoirement une copie de l'autorisation

J'ai déjà rédigé mes directives anticipées : oui non

Si oui, elles sont :

- en ma possession et conservées sur moi ou chez moi :
 oui non

- remises : à ma personne de confiance
 dans mon Dossier Médical Partagé (DMP)
 au Centre Jean PERRIN
 autre :

- J'en ai informé une personne de mon entourage :
 oui non

J'ai désigné une personne de confiance : oui non

Les coordonnées de ma personne de confiance :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

E-mail :

Tél. :

En cas de modification ou d'annulation des directives anticipées

Je déclare :

Modifier mes directives anticipées

Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles. Demandez alors à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement qui les a conservées de supprimer 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.

Annuler mes directives anticipées

datées du / /

Fait, à

le / /

Signature

Je souhaite m'exprimer spécifiquement sur les situations suivantes :

Traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie

Concernant les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie (tube pour respirer ou assistance respiratoire, dialyse chronique, interventions médicales ou chirurgicales, transfusion sanguine...) :

- Je souhaite que l'on mette en oeuvre **toutes les possibilités médicales pour me maintenir en vie hors obstination déraisonnable**. Mes souffrances doivent être allégées dans la mesure du possible. Mais je suis prêt(e) à accepter les contraintes liées à mon souhait d'être maintenu(e) en vie.

OU

- Je souhaite que les traitements médicaux servent **avant tout à alléger mes souffrances**. Pour moi, il n'est pas prioritaire de prolonger ma vie à tout prix. Je suis prêt(e) à accepter que le fait de renoncer à certains traitements médicaux puisse abrégé ma vie.

Précisions complémentaires :

.....
.....

A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet

La loi prévoit qu'au titre du refus d'obstination déraisonnable, les actes et traitements médicaux 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.

Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'**accepte qu'ils soient annulés** **OU** si je **refuse qu'ils soient annulés** **OU** si je **fais confiance au personnel soignant** (**attention : ne cocher qu'une seule case par acte / traitement**) :

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| • assistance respiratoire : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse | <input type="checkbox"/> Je fais confiance au personnel soignant |
| • dialyse rénale : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse | <input type="checkbox"/> Je fais confiance au personnel soignant |
| • trachéotomie : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse | <input type="checkbox"/> Je fais confiance au personnel soignant |
| • alimentation artificielle : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse | <input type="checkbox"/> Je fais confiance au personnel soignant |
| • hydratation artificielle : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse | <input type="checkbox"/> Je fais confiance au personnel soignant |

J'indique ici mon choix quant aux actes ou traitements qui peuvent être entrepris :

- | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|--|
| • réanimation cardiaque et respiratoire :
(tube pour respirer) | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse | <input type="checkbox"/> Je fais confiance au personnel soignant |
| • Intervention chirurgicale : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse | <input type="checkbox"/> Je fais confiance au personnel soignant |
| • Autre : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse | <input type="checkbox"/> Je fais confiance au personnel soignant |

Sédation profonde et continue associée au traitement de la douleur

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent 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.

- J'accepte Je refuse Je fais confiance au personnel soignant

Autres traitements

Dans le cas où je me sais malade, 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(e), j'indique ici ceux dont j'accepte ou je refuse la mise en oeuvre ou la poursuite :

Précisions complémentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

Cas particulier : rédaction devant 2 témoins

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

Témoïn 1

Je soussigné(e) :

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :

Né(e) le : à :

Lien avec le patient :

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 :

Témoïn 2

Je soussigné(e) :

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :

Né(e) le : à :

Lien avec le patient :

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 :

Pour plus d'informations,
n'hésitez pas à contacter :

- La Commission des Usagers du Centre Jean PERRIN :
CommissionDesUsagers-CentreJeanPerrin@outlook.fr
- Votre médecin référent au Centre Jean PERRIN.