

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie.

C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous **d'exprimer vos volontés** par écrit **sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux** qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

Vous pouvez écrire **ce qui vous semble personnellement important et/ou vous aider des formulaires proposés**. Vous n'êtes, évidemment, nullement obligé(e) d'anticiper précisément toutes les situations qui vous sont proposées. Demandez à votre médecin de vous expliquer ce qui pourrait vous arriver, les traitements possibles, leurs efficacités et leurs risques.

Si le document n'offre pas assez d'espace, vous pouvez joindre d'autres pages.

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir.

Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

Mon identité

Nom, prénoms :

Né(e) le : à

Domicilié(e) à :

.....

Je bénéficie mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre I^{er} du code civil, j'ai l'autorisation :

- Du juge ☐ Oui ☐ Non
- Du conseil de famille ☐ Oui ☐ Non

Veillez joindre la copie de l'autorisation

Une copie du document est remis

- *au résident/patient*
- *dossier médical*

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 :

- 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)
- à propos des traitements destinés à me maintenir artificiellement en vie.

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 :

.....

.....

.....

- Concernant la mise en œuvre d'une réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire :

.....

.....

.....

- Concernant les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie dans les conditions que je ne souhaiterais pas (par exemple tube pour respirer, ou assistance respiratoire, dialyse chronique, interventions médicales ou chirurgicales...) :

.....

.....

.....

- Concernant une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie, par exemple en cas d'état végétatif chronique (simple maintien d'un fonctionnement autonome de la respiration et de la circulation) :

.....

.....

.....

- Je souhaite évoquer d'autres situations (comme par exemple la poursuite ou l'arrêt de traitements ou d'actes pour ma maladie) :

.....

.....

.....

- J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes...) sachant que les soins de confort me seront toujours administrés :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à

Le :

Signature :

Directives anticipées modifiées le :

Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e) nom, prénoms :

- ☐ Déclare modifier mes directives anticipées de ce formulaire (nouveau formulaire)
- ☐ Déclare annuler mes directives anticipées
- ☐ Déclare renoncer à mes directives anticipées et déléguer à ma personne de confiance l'expression de mes souhaits et volontés.

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Fait à :

Le :

Signature :

Cas particulier – Témoins

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 peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée)

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité :

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

Fait le à Signature :

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité :

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

Fait le à Signature :