

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes souhaits relatifs à ma fin de vie (limitation ou arrêt des traitements).

Je soussigné(e) : Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom : Né(e) le :/...../..... A (lieu) :
Demeurant à (adresse).....

1. A propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver

Dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie J'accepte Je refuse

2. A 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 peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

➤ J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : J'accepte Je refuse
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : J'accepte Je refuse
- Une intervention chirurgicale : J'accepte Je refuse
- Autre :

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

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) : J'accepte l'arrêt Je refuse l'arrêt
- Dialyse rénale : J'accepte l'arrêt Je refuse l'arrêt
- Alimentation et hydratation artificielles : J'accepte l'arrêt Je refuse l'arrêt
- Autre :

➤ Si mon médecin m'a parlé de manière plus précise de 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 ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

J'accepte, précisez : Je refuse, précisez :

3. 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 pouvoir 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 :

Oui je le souhaite Non je ne le souhaite pas

J'indique ici toutes autres directives ou précisions que je souhaite communiquer à l'équipe médicale :
.....

Fait le/...../..... A Signature

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 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/...../.....

A

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/...../.....

A

Signature