

	Formulaire de directives anticipées	AUX-PROT-PEC-184
		VERSION N°3 Date 25/07/2024
		Page 1/3

Rédigé par le groupe « Droit des patients »

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « **directives anticipées** » afin de préciser ses souhaits quant aux soins à lui donner, à sa fin de vie, pour le cas où elle ne serait pas à ce moment-là en capacité d'exprimer sa volonté.

La loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
Le décret n°2006-119 du 6 février 2006 dernière version du 7 février 2016
La loi n°2016-87 du 2 février 2016 vous donne la possibilité de rédiger vos directives anticipées

Je soussigné(e)
Nom de naissance : Prénom :
Date de naissance :
Domicilié(e) à :

- ☐ Je souhaite exprimer mes directives anticipées.
 ☐ Je ne souhaite pas exprimer mes directives anticipées.
 ☐ Je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du chapitre II du titre XI du livre 1^{er} du code civil (joindre la copie de l'autorisation)
- ☐ J'ai l'autorisation du juge
 ☐ J'ai l'autorisation du conseil de famille
- Date :
 Signature :

☐ Je suis dans l'incapacité physique de rédiger mes directives anticipées, deux témoins attestent que ce document est l'expression de ma volonté libre et éclairée :

1^{er} témoin Nom : Prénom : Date : Signature :	2^{ème} témoin Nom : Prénom : Date : Signature :
---	--

Vos directives anticipées expriment vos volontés concernant la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitement et/ou de gestes médicaux destinés à vous soigner ou à faire un diagnostic avant traitement. Vous pouvez écrire ce que vous redoutez (douleur, angoisse...), les traitements ou techniques que vous ne souhaitez pas (sondes...), vos attentes concernant les soins palliatifs, la présence de vos proches, le respect de vos valeurs religieuses, le lieu de votre fin de vie...

En cas d'absence de directives anticipées, les décisions concernant votre état de santé seront prises par l'équipe pluridisciplinaire après avoir demandé l'avis à vos proches et à la personne de confiance si elle a été désignée.

Vous pouvez écrire vos directives anticipées à l'aide du présent formulaire (au verso) ou en texte libre.

Vous pouvez donner vos directives anticipées à un proche, à votre médecin traitant, à votre personne de confiance, au soignant qui vous a donné le formulaire ou l'insérer dans votre « espace santé ».

Vos directives anticipées sont valables sans limite de temps et peuvent être modifiées ou révoquées à tout moment. N'oubliez pas de prévenir les personnes à qui vous aviez confié vos premières directives en cas de modification.

Rédigé par le groupe « Droit des patients »

Entourez l'item choisi OUI, NON, Je ne sais pas

1/ ALIMENTATION ARTIFICIELLE

Nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou d'une perfusion intraveineuse	OUI	NON	Je ne sais pas
--	-----	-----	----------------

2/ HYDRATATION

- | | | | |
|---|-----|-----|----------------|
| - Par sonde placée dans le tube digestif | OUI | NON | Je ne sais pas |
| - Par perfusion sous cutanée ou intraveineuse | OUI | NON | Je ne sais pas |

3/ DOULEUR

Administration de médicaments pouvant entraîner une diminution de l'état de conscience	OUI	NON	Je ne sais pas
--	-----	-----	----------------

4/ RESPIRATION ARTIFICIELLE

Une technique qui aide ma respiration

- | | | | |
|----------------------------|-----|-----|----------------|
| - Ventilation par masque | OUI | NON | Je ne sais pas |
| - Ventilation non invasive | OUI | NON | Je ne sais pas |

5/ REANIMATION EN CAS D'ARRET CARDIAQUE et transfert en service de réanimation

- | | | | |
|--------------------------------------|-----|-----|----------------|
| - Massage cardiaque, Choc électrique | OUI | NON | Je ne sais pas |
| - Intubation | OUI | NON | Je ne sais pas |
| - Médicaments | OUI | NON | Je ne sais pas |

6/ TECHNIQUES VISANT A TENTER DE PROLONGER LA VIE_:

- | | | | |
|------------------|-----|-----|----------------|
| - Transfusion | OUI | NON | Je ne sais pas |
| - Dialyse | OUI | NON | Je ne sais pas |
| - Radiothérapie | OUI | NON | Je ne sais pas |
| - Chimiothérapie | OUI | NON | Je ne sais pas |
| - Intubation | OUI | NON | Je ne sais pas |
| - Trachéotomie | OUI | NON | Je ne sais pas |

6/ ACTES INVASIFS

- | | | | |
|--|-----|-----|----------------|
| - Intervention chirurgicale | OUI | NON | Je ne sais pas |
| - Examens endoscopiques | OUI | NON | Je ne sais pas |
| - Prises de sang | OUI | NON | Je ne sais pas |
| - Sondages | OUI | NON | Je ne sais pas |
| - Examens diagnostiques complexes et ou douloureux | OUI | NON | Je ne sais pas |
| - Perfusions | OUI | NON | Je ne sais pas |

7/ SEDATION

Baisse de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience alors que les autres moyens médicaux n'ont pas permis un soulagement	OUI	NON	Je ne sais pas
--	-----	-----	----------------

Par ailleurs, pour mon accompagnement de fin de vie,

- Je souhaite : ☐ La présence de mes proches
☐ Un accompagnement religieux :
☐ M'opposer aux dons d'organes et/ou de tissus
Autres volontés :

Nom :

Date :

Signature :

	Formulaire de directives anticipées	AUX-PROT-PEC-184
		VERSION N°3 Date 25/07/2024
		Page 3/3

Rédigé par le groupe « Droit des patients »