

Mes directives anticipées

Je soussigné(e) :

Nom marital Nom de naissance
Prénom(s) Date de naissance
Adresse
Téléphone / Email /

Atteste que je suis pleinement en état d'exprimer ma volonté et que je rédige ce document en toute liberté.

Enonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de ma fin de vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1/ à propos des situations dans lesquelles je peux me retrouver (par exemple, coma en phase terminale d'une maladie, traumatisme crânien ou accident vasculaire cérébral entraînant un état de coma prolongé jugé irréversible ...), **j'indique 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 :

.....
.....

2/ à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet et qui apparaîtraient inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie (par exemple, réanimation cardio-respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, intervention chirurgicale, dialyse rénale ...), **j'indique si j'accepte ou si je refuse** qu'ils soient entrepris ou arrêtés :

.....
.....

3/ à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur en cas d'arrêt de traitements qui me maintiennent en vie, **j'indique si je veux ou non bénéficier** de cette sédation qui m'endort et qui a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....
.....

4/ à propos de mon accompagnement avant mon décès (accompagnement spirituel, accompagnement par une personne en particulier ...) et de mon corps après mon décès (autopsie, don d'organes ...), **j'indique ce que je souhaite ou ce que je ne souhaite pas** :

.....
.....

5/ autres (par exemple, si vous croyez devoir apporter certaines informations sur votre situation personnelle et/ou familiale, vos craintes ou vos convictions au médecin qui s'occupera de vous lors de votre fin de vie) :

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

Je confie mes directives anticipées à (nom, prénoms, qualité et coordonnées) :

.....
.....

Je conserve mes directives anticipées (lieu) :

.....

Ces directives anticipées modifient ou annulent de précédentes directives datées du :

.....

Fait à Le Signature



Cas particulier où le patient est dans l'impossibilité physique de rédiger lui-même ses directives anticipées :

Témoin n°1 : Je soussigné(e)

Témoin n°2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Nom et prénoms :

Qualité :

Qualité :

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

Date :

Date :

Signature :

Signature :