

# Directives anticipées, tous concernés

S'il m'arrive quelque chose  
et que je ne peux plus  
m'exprimer, je souhaite...



## A quoi servent les directives anticipées ?

Elles vous permettent d'indiquer vos volontés relatives à la fin de vie, c'est-à-dire les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus des traitements ou d'actes médicaux pour le cas où vous seriez un jour en incapacité de vous exprimer.

### Qui peut rédiger les directives anticipées ?

Toutes personnes majeures.  
La personne majeure sous tutelle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

### Comment rédiger vos directives anticipées ?

Les directives anticipées doivent prendre la forme d'un document écrit, daté et signé avec : Vos noms et prénoms, Votre date et lieu de naissance.

Un modèle est joint au verso.

### Durée de validité

Aucune durée de validité.

Elles peuvent être révisées ou révoquées à tout moment.

## Avec qui en parler ?

Famille  
Proches  
Professionnels de santé

### Comment les transmettre et les conserver ?

Informez votre médecin, l'équipe soignante et/ou vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation.

### Portée des directives anticipées dans les décisions médicales ?

Depuis la loi du 02/02/2016, elles s'imposent au médecin sauf dans les deux cas suivants :

- les urgences vitales
- les directives anticipées non conformes ou inappropriées à la situation médicale.

### LES DIRECTIVES ANTICIPÉES SONT AUSSI UN OUTIL DE DIALOGUE

La rédaction des directives anticipées n'est pas obligatoire.

# Mes directives anticipées

DA2/PR/PP/E

Je soussigné(e) : Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

- J'ai déjà rédigé mes directives anticipées (lieu de conservation : \_\_\_\_\_)
- Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées
- Je rédige mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

**Je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements suivants à entreprendre ou à poursuivre :**

Respiration artificielle (machine qui remplace/aide ma respiration)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Réanimation cardio-respiratoire (en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Alimentation artificielle (nutrition effectuée grâce à une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Hydratation artificielle (par une sonde placée dans le tube digestif ou par perfusion)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Rein artificiel (une machine remplace l'activité de mes reins)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Transfert en réanimation (si mon état le requiert)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Transfusion sanguine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Radiothérapie anticancéreuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Chimiothérapie anticancéreuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (physiques, psychologiques), même si cela a pour effet d'abrèger ma vie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement 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.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Autres souhaits : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_ / \_\_ / \_\_ **Signature du patient/résident :**

*Dans le cas où le patient/résident serait dans l'incapacité d'écrire, les témoins attestent ci-dessous de la retranscription fidèle des volontés libre et éclairées exprimées oralement par le patient/résident.*

Témoin 1 - Nom et Prénom : _____ _____ Qualité (lien avec la personne) : _____ Fait à _____ Le : __ / __ / __ Signature du témoin :	Témoin 2 - Nom et Prénom : _____ _____ Qualité (lien avec la personne) : _____ Fait à _____ Le : __ / __ / __ Signature du témoin :
---	---