

Directives anticipées

Vos directives anticipées expriment par écrit vos souhaits concernant les traitements et les actes médicaux au cas où vous ne pourriez plus les communiquer. Dans cette situation, quels sont les traitements et actes médicaux que vous souhaiteriez voir utilisés, limités ou non utilisés ?

Je coche la case correspondant à ma situation :

- Je suis atteint(e) d'une maladie grave ou d'un handicap.
- Je n'ai pas de maladie grave ou de handicap, mais j'écris ces directives dans le cas où je me retrouverais dans certaines situations pouvant conduire à un maintien artificiel de ma vie (traumatisme crânien grave, accident vasculaire cérébral, coma prolongé, etc.) ou à des séquelles irréversibles.

Pour l'instant, je souhaite ne pas me déterminer sur les points évoqués ci-après. Je laisse l'équipe médicale décider des soins et traitements appropriés, en évitant toute obstination déraisonnable et en se conformant à la loi en vigueur.

Je complète le formulaire ci-après :

Je souhaiterais que la fin de ma vie se déroule dans les conditions suivantes :

	OUI	NON	Ne sait pas	Commentaires
Je préfère mourir chez moi				
Je préfère mourir à l'hôpital				

J'accepterais que les traitements suivants soient entrepris ou poursuivis pour moi :

Action	OUI	NON	Ne sait pas	Commentaires
Réanimation cardiovasculaire (massage cardiaque, choc électrique avec défibrillateur, respiration artificielle invasive)				
Respiration artificielle invasive (trachéotomie, intubation)				
Transfusion de produits dérivés du sang (globules rouges, plaquettes, plasma...)				
Alimentation artificielle (par sonde jusqu'au tube digestif ou par voie veineuse)				
Hydratation artificielle (par sonde jusqu'au tube digestif ou par voie veineuse)				
Hémodialyse (rein artificiel)				
Intervention chirurgicale				
Sédation profonde et continue jusqu'au décès (endormir une personne malade pour éviter des souffrances alors que le décès est imminent et inévitable)				
Don d'organes (en cas de mort cérébrale, prélèvement d'organe pour soigner quelqu'un qui en a besoin)				

* Vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à toutes les questions.

J'ai conscience que je peux changer d'avis à tout moment, sans avoir à le justifier.

Nom, Prénom :

Date :

Lieu :

Signature

Expression libre

Vous pouvez écrire ici ce qui vous semble important et/ou exprimer vos souhaits concernant l'utilisation des traitements et actes médicaux proposés.

Désignation de ma personne de confiance

Je soussigné.e :

Né.e le :

à :

Désigne Monsieur / Madame :

Né(e) le :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Adresse postale :

Lien avec la personne : parent / médecin / proche

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance.

J'ai bien noté que Monsieur / Madame :

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux,
- pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre,
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin,
- sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à ,

le

Votre signature

Signature de la personne désignée