



REDIGER MES DIRECTIVES ANTICIPEES

À remplir par vos soins et à remettre dans votre service d'hospitalisation

Vous pouvez écrire ce qui vous semble personnellement important et/ou vous aider des formulations proposées. Vous n'êtes, évidemment, nullement obligé(e) d'anticiper précisément toutes les situations. Demandez également à votre médecin de vous expliquer ce qui pourrait vous arriver, les traitements possibles, leurs efficacités et leurs risques.

Je, soussigné(e) Nom Prénom

Adresse

.....

Date et lieu de naissance

- J'ai été informé(e) des directives anticipées mais ne souhaite pas en rédiger à ce jour** (ne pas renseigner la suite du formulaire)
- J'ai déjà rédigé mes directives anticipées et les communique au service pour intégration à mon dossier patient informatisé** (ne pas renseigner la suite du formulaire)
- Je souhaite rédiger mes directives anticipées à l'occasion de mon séjour hospitalier et les communique au service pour intégration à mon dossier patient informatisé** (support proposé ci-joint)

JE PEUX METTRE A JOUR, MODIFIER OU ANNULER MES DIRECTIVES ANTICIPEES A TOUT MOMENT SUR DEMANDE ECRITE

Fait à : le :

Signature du patient¹ :

- J'ai été informé(e) de la possibilité de renseigner mes directives anticipées dans « mon espace numérique santé »

¹ Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous, devant deux personnes désignées ci-dessous (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée) :

Nom, Prénom personne 1 :

Nom, Prénom personne 2 :

MODELE DIRECTIVES ANTICIPEES

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Je rédige les présentes directives anticipées, pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes souhaits et ma volonté sur ce qui est important à mes yeux, après un accident, du fait d'une maladie grave ou au moment de la fin de ma vie.

- 1) *J'indique ici 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*

J'accepte

Je refuse

- 2) *J'indique ici si j'accepte ou si je refuse **des actes et traitements médicaux spécifiques** dont je pourrai faire l'objet*

Exemples d'actes et de traitements

Réanimation cardiaque et respiratoire :

J'accepte

Je refuse

Assistance respiratoire :

J'accepte

Je refuse

Branchement sur un appareil de dialyse rénale :

J'accepte

Je refuse

Alimentation et hydratation artificielles :

J'accepte

Je refuse

Intervention chirurgicale :

J'accepte

Je refuse

- 3) *J'indique ici si je veux ou non bénéficier, en cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, 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***

J'accepte

Je refuse

Précisions complémentaires ou autres actes/traitements discutés avec le médecin :

Si le document n'offre pas assez d'espace, il est possible de joindre d'autres pages.