

## MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Lors de votre admission dans l'établissement, vous avez la possibilité d'émettre vos directives anticipées. Le médecin est tenu de vous informer de ses dispositions d'application ; il en tiendra compte en cas de situation d'urgence vitale.

Je soussigné(e) (nom-prénom) : ..... Date et lieu de naissance : .....

Enonce ci-dessous 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 (cocher)
  - Respiration artificielle (*une machine qui remplace ou qui aide ma respiration*)
    - Intubation/trachéotomie  oui  non  ne sait pas
    - Ventilation par masque  oui  non  ne sait pas
  - Réanimation cardio-respiratoire (*en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique*)
    - oui  non  ne sait pas
  - Alimentation artificielle (*une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux*)
    - oui  non  ne sait pas
  - Hydratation artificielle (*par une sonde placée dans le tube digestif*)
    - oui  non  ne sait pas
  - Rein artificiel (*une machine remplace l'activité de mes reins, le plus souvent l'hémodialyse*)
    - oui  non  ne sait pas
  - Transfert en réanimation (*si mon état le requiert*)
    - oui  non  ne sait pas
  - Transfusion sanguine
    - oui  non  ne sait pas
  - Intervention chirurgicale
    - oui  non  ne sait pas
  - Radiothérapie anticancéreuse
    - oui  non  ne sait pas
  - Chimiothérapie anticancéreuse
    - oui  non  ne sait pas
  - Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie
    - oui  non  ne sait pas
  - Examen diagnostique lourd et/ou douloureux
    - oui  non  ne sait pas
- Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (*physiques, psychologiques*), même si cela a pour effet d'abrèger ma vie
  - oui  non  ne sait pas

Autre souhaits en texte libre : .....  
.....  
.....

Fait à ..... le .....

**Le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les 2 témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.**

1 <sup>er</sup> témoin	2 <sup>ème</sup> témoin
Nom, prénom : .....	Nom, prénom : .....
Qualité : .....	Qualité : .....
Date : .....	Date : .....
Signature :	Signature :

### Conservation

- Je confie mes directives anticipées à .....
- Je conserve mes directives anticipées.

Fait à ..... le .....

Signature

### Renouvellement

Document confirmé le :

Fait à

Signature

### Modification /annulation

Document modifié/annulé le : .....

Modification : .....

Fait à

Signature