

## DIRECTIVES ANTICIPEES

Je rédige les présentes **directives anticipées** pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

**① A propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie** (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral... entraînant un «état de coma prolongé» jugé irréversible).

J'indique ici notamment 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 A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet**

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....  
 .....

**③ A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur**

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent 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 :

.....  
 .....

Fait le ..... à .....

Signature

### Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant 2 témoins désignés ci-contre (dont l'un peut-être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

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

## PERSONNE DE CONFIANCE

(au sens de l'article L.1111-6 du code de la santé publique)

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « **personne de confiance** ».

La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....  
.....

Désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénoms : .....

Domicilié(e) à : .....

Téléphone privé : ..... Téléphone professionnel : .....

Téléphone portable : ..... Email : .....

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer:

Oui  Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

Oui  Non

Fait le ..... à .....

Votre signature

Signature de votre personne de confiance