



FICHE DE RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPEES

JE NE SUIS PAS ATTEINT D'UNE MALADIE GRAVE

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » en cas de problème de santé grave.

C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous aurez des problèmes de santé grave ou mettant en jeu votre pronostic vital, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer.

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir. Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

Bien entendu, dans tous les cas, même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin qui s'occupera de vous aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

Je soussigné(e) :

NOM DE NAISSANCE : **NOM D'USAGE** (Epouse, veuve, ...) :

PRENOM(S) :

DATE et LIEU de NAISSANCE :

ADRESSE :

Je fais l'objet d'une mesure de tutelle, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation :

- du juge : Oui Non

- du conseil de famille : Oui Non

INFORMATIONS OU SOUHAITS QUE JE VEUX EXPRIMER EN DEHORS DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours),

Je les écris ici :

.....

.....

.....

Loi 2016-87 du 02/02/2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (articles L. 1111-11 et R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique).

Recommandations et modèles HAS LES DIRECTIVES ANTICIPÉES CONCERNANT LES SITUATIONS DE FIN DE VIE / GUIDE POUR LE GRAND PUBLIC et MODELES - Octobre 2016

Le prélèvement d'organes est présumé chez toute personne dont l'équipe médicale juge qu'il est possible, sauf si elle le refuse : dans ce cas, elle peut s'inscrire sur le Registre national des refus de dons d'organes à l'aide d'un formulaire (www.dondorganes.fr/medias/pdf/formulaire_registre_refusvf.pdf), ou l'écrire sur un document (daté et signé avec nom, prénom, date et lieu de naissance) confié à un proche.



Mes volontés sont les suivantes :

1° à 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, etc.. 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° à 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° à 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

Dans le cas où je suis en pleine possession de mes facultés mais incapable de rédiger et signer moi-même ce document, je laisse le soin aux témoins ci-dessous de le faire pour moi :

Témoïn 1 NOM
Signature

Témoïn 2 NOM
Signature

Le médecin de même que tout autre professionnel de santé devra respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, s'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer. Il ne pourra passer outre vos directives que dans les cas exceptionnels prévus par la loi.

La loi prévoit deux cas :

- Le cas d'urgence vitale. Le médecin peut alors ne pas mettre en œuvre vos directives pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation.
- Le cas où les directives paraissent manifestement inappropriées ou non-conformes à votre situation médicale.