

Directives anticipées

J'exprime par écrit mes volontés pour ma fin de vie.

Prénoms NOM

Né(e) le

Domicilié(e)

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° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie, traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible). J'indique ici que 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. Je souhaite qu'on me laisse partir tranquillement. Je demande seulement les traitements des symptômes gênants dans un but de confort.

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

Au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils ne doivent pas être entrepris ou doivent 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 que je refuse que soit entrepris tout acte d'acharnement thérapeutique s'il y a peu d'espoir que je retrouve une vie normale avec la pleine possession de mes capacités, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer)
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale
- Une intervention chirurgicale
- Tout autre acte médical jugé invasif ou excessif par mes proches.

3° à propos des traitements de la douleur.

En cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie, j'indique ici que je veux bénéficier des traitements de la douleur, voire si besoin d'une sédation profonde et continue, 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

Nom et coordonnées de ma personne de confiance

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), Prénoms NOM
né(e) le
désigne la personne de confiance suivante :

Prénoms NOM, né(e) le
Domicilié(e)
Téléphone
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

Ma signature

Signature de la personne de confiance