

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

Nom, prénom : .....

Qualité : .....

Date .....

Signature

## 2<sup>e</sup> témoin

Nom, prénom : .....

Qualité : .....

Date .....

Signature

## Conservation

Je confie mes directives anticipées à : .....

Je conserve mes directives anticipées.

Fait à ..... le .....

Signature

## Modification

Document modifié le : .....

Modification :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à ..... le .....

Signature

## Annulation

Document annulé le : .....

Fait à ..... le .....

Signature

Juridique - Communication - Avril 2017 - Crédits photos: iStockphoto - Modèle n° 555



# DIRECTIVES ANTICIPÉES

Qu'est-ce que c'est ?  
À quoi ça sert ?  
Comment les rédiger ?



**VOUS POUVEZ NOUS FAIRE PART** de vos souhaits en matière de traitements médicaux pour votre fin de vie, au cas où vous ne pourriez plus vous exprimer. Vos directives anticipées, document écrit, permettront au médecin de suivre votre volonté.

**VOUS POUVEZ UTILISER** le formulaire joint à ce dépliant. Sinon, un simple papier daté et signé peut suffire.

**LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ** sont à votre disposition pour échanger et vous aider dans la rédaction.

Pour plus d'informations : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) et [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr)

## Comment ça marche ?



### QUAND

peut-on les écrire ?

Quand vous voulez, que vous soyez malade ou non.



### COMMENT

les rédiger ?

Vous pouvez utiliser le modèle ci-contre. Sinon, un simple papier daté et signé suffit.



### QUOI

y écrire ?

Notamment vos souhaits pour la poursuite, l'arrêt, le refus de traitements médicaux pour votre fin de vie.

## Avec qui parler de vos directives anticipées ?

### POUR DEMANDER DES CONSEILS



Professionnels de santé



Personne de confiance, proches ou famille



Associations de patients ou d'accompagnement



Autres

### POUR PRÉVENIR DE L'EXISTENCE de vos directives anticipées et de leur lieu de conservation



Médecin



Personne de confiance



Proches, famille

## Informations à mentionner



**ACTES ET TRAITEMENTS**  
contribuant au maintien artificiel de la vie

Assistance respiratoire  
Réanimation cardio-resp.  
Alimentation et/ou hydratation artificielles



**GRANDS PRINCIPES**

Maintien en vie artificielle  
Sédation profonde et continue



**VOS ATTENTES ET VOS CRAINTES**

Concernant certains traitements



**VOTRE SITUATION PERSONNELLE**

Si elle peut aider le médecin à comprendre vos souhaits

## Et après, où les conserver ?



Dans votre dossier médical partagé en les confiant à l'Assurance Maladie.



Dans votre dossier médical en les confiant à votre médecin.



Chez votre personne de confiance/votre famille/ un proche.



Avec vous, en donnant des copies.

## MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e) (nom-prénom) : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Énonce 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 sais pas  
Ventilation par masque  oui  non  ne sais pas

#### > **Réanimation cardio-respiratoire** (en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique)

oui  non  ne sais pas

#### > **Alimentation artificielle** (une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux)

oui  non  ne sais pas

#### > **Hydratation artificielle** (par une sonde placée dans le tube digestif)

oui  non  ne sais pas

#### > **Hydratation artificielle** (par perfusion)

oui  non  ne sais pas

#### > **Rein artificiel** (une machine remplace l'activité de mes reins, le plus souvent l'hémodialyse)

oui  non  ne sais pas

#### > **Transfert en réanimation** (si mon état le requiert)

oui  non  ne sais pas

#### > **Transfusion sanguine**

oui  non  ne sais pas

#### > **Intervention chirurgicale**

oui  non  ne sais pas

#### > **Radiothérapie anticancéreuse**

oui  non  ne sais pas

#### > **Chimiothérapie anticancéreuse**

oui  non  ne sais pas

#### > **Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie**

oui  non  ne sais pas

#### > **Antibiothérapie**

oui  non  ne sais pas

#### > **Examen diagnostic lourd et/ou douloureux**

oui  non  ne sais pas

#### > **Sédation terminale**

oui  non  ne sais 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 sais pas

### • Autres souhaits en texte libre :

.....  
.....  
.....  
.....

Fait à ....., le .....

Signature

