

DIRECTIVES ANTICIPEES

Conforme aux dispositions du Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

- Deux modèles sont proposés ci-dessous selon que le patient est bien portant ou atteint d'une maladie grave :
 - **Modèle A** : *Patient atteint d'une maladie grave ou en fin de vie.*
 - **Modèle B** : *Patient en bonne santé et non atteint d'une maladie grave.*

- Est également disponible un modèle concernant les cas particuliers pour les patients dans l'incapacité d'écrire seuls leurs directives anticipées (à joindre à un des modèles A ou B dûment complété) ou leur modification/annulation de directives anticipées :
 - **Cas particulier**

- Enfin se trouve à disposition un modèle de modification ou d'annulation des directives anticipées précédemment rédigées :
 - **Modification ou annulation de mes directives anticipées**

IDENTITE

NOM et prénoms :

Né (e) le : **à :**

Domicilié (e) à :

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil :

- J'ai l'autorisation du juge Oui Non
- Du conseil de famille Oui Non

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

VOLONTES DIVERSES (hors nature médicale)

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans le modèle des directives anticipées 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, mes proches...)
- Certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude, la douleur en fin de vie, le lieu où je souhaite finir mes jours...)

Je les écris ici :

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

Modèle A

- **Je suis atteint d'une maladie grave**
- **Je pense être proche de la fin de ma vie**

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 risque de le trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

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 qu'ils soient entrepris, notamment :
 - . Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
 - . Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
 - . Une intervention chirurgicale :
 - . Chimiothérapie :
 - . Autre :

- Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

. Assistance respiratoire :
. Dialyse rénale :
. Alimentation et hydratation artificielles :
. Autre :

- Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

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

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 artificiellement 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

Modèle B

- **Je pense être en bonne santé.**
➤ **Je ne suis pas atteint d'une maladie grave.**

IDENTITE

NOM et prénoms :

Né (e) le : à :

Domicilié (e) à :

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil :

- J'ai l'autorisation du juge Oui Non
- Du conseil de famille Oui Non

Veillez joindre la copie de l'autorisation.

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 risque de le trouver (par exemple, traumatisme, accident vasculaire cérébrale 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 qu'ils soient (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 artificiellement 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

DIRECTIVES ANTICIPEES

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

Témoin 1 : *Je soussigné(e)*

NOM et prénoms.....

Qualité.....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Mr ou Mme

.....

Fait à :

Le :

Signature

Témoin 2 : *Je soussigné(e)*

NOM et prénoms.....

Qualité.....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Mr ou Mme

.....

.....

.....

Fait à :

Le :

Signature

DIRECTIVES ANTICIPEES

Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e)

NOM et prénoms.....

- Si vous souhaitez **modifier** vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou de détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

- Ou : Déclare **annuler** mes directives anticipées datées du :

Fait à :

Le :

Signature

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées (modèle « **Cas particulier** » disponible au sein de l'établissement).