**Mes directives anticipées**

Ce document a pour objet de recueillir vos souhaits quant à votre fin de vie, concernant notamment les conditions de la limitation ou de l'arrêt de vos traitements, dans l'hypothèse où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté.

Pour cela, nous vous proposons de consigner vos volontés :

* De manière libre dans l'encadré ci-dessous,
* Et/ou à l'aide d'un tableau récapitulatif des différents traitements et soins qui pourraient vous être proposés.

Je, soussigné(e),

Nom : ..........................................................................................................................................

Nom de jeune fille : .....................................................................................................................

Prénom : ....................................................................................................................................

Date et lieu de naissance : .........................................................................................................

Adresse : ....................................................................................................................................

|  |
| --- |
| **Mes souhaits relatifs à ma fin de vie, dans l'hypothèse où je deviendrais hors d'état d'exprimer ma volonté :** ………………………………………………………………………………………………......…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………….. |

**Dans le cas où je deviendrais, de manière irréversible, incapable d'exprimer ma volonté :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Traitement concerné** | **Je souhaite que soit entrepris ou poursuivi ce traitement si mon état le nécessite :** |
| **Respiration artificielle** (trachéotomie, intubation ou ventilation non invasive) : | 🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas |
| **Réanimation cardiorespiratoire** en cas d'arrêt cardiaque (ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique…) : | 🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas |
| **Alimentation artificielle** (nutrition par sonde placée dans le tube digestif ou par un dispositif intraveineux) :  | 🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas |
| **Réhydratation** (par sonde placée dans le tube digestif ou par perfusion sous cutanée ou intra veineuse) : | 🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas |
| **Rein artificiel** (le plus souvent : hémodialyse) : | 🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas |
| **Transfert vers un service de réanimation :** | 🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas |
| **Transfusion sanguine :** | 🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas |
| **Opération chirurgicale :** | 🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas |
| **Radiothérapie anticancéreuse :** | 🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas |
| **Chimiothérapie anticancéreuse :** | 🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas |
| **Médicaments** et autres **techniques visant à tenter de prolonger ma vie :**  | 🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas |
| **Technique(s) ou médicament(s) que vous souhaitez préciser** :* ……………………………………………..
* ……………………………………………..
* ……………………………………………..
* ……………………………………………..
* ……………………………………………..
 | 🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas🗖 oui 🗖 non 🗖 je ne sais pas |

**Date : ……/……/…… Signature :**

**Renouvellement de mes directives anticipées :**

Oui, je renouvelle mes directives anticipées.

Date : ……/……/……

Signature :

**Révocation de mes directives anticipées :**

Je révoque mes directives anticipées.

Date : ……/……/……

Signature :

**Attestation en cas de recours à deux témoins par le patient :**

*Si vous êtes dans l’impossibilité d'écrire, vous pouvez faire rédiger ce document par un tiers. Pour qu'il soit valable, deux témoins de votre choix doivent attester que ce document relate bien l’expression de votre volonté libre et éclairée.*

**Témoin n° 1 :**

Je, soussigné(e),

Nom : .............................................................................................................................

Nom de jeune fille : ........................................................................................................

Prénom : ........................................................................................................................

Qualité : .........................................................................................................................

Atteste que les directives anticipées en date du ……/……/……relatent bien l’expression de la volonté libre et éclairée de Mr/Mme……………………………….........................................

Date : ……/……/……

Signature :

**Témoin n°2 :**

Je, soussigné(e),

Nom : .............................................................................................................................

Nom de jeune fille : ........................................................................................................

Prénom : ........................................................................................................................

Qualité : .........................................................................................................................

Atteste que les directives anticipées en date du ……/……/…… relatent bien l’expression de la volonté libre et éclairée de M / Mme : .................................................................................

Date : ……/……/……

Signature :