

Je soussigné(e)

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms : Téléphone :

Adresse :

Né(e) le :/...../..... à

Je bénéficie d'une mesure de tutelle : Oui NonSi oui, j'ai l'autorisation : du juge
 Du conseil de famille

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

NB : la rédaction des directives anticipées est possible en curatelle et en sauvegarde de justice sans autorisation.**Je rédige mes directives anticipées :**

Depuis le 02 février 2016, la loi me permet d'écrire mes volontés concernant ma prise en charge médicale, pour accompagner l'évolution de ma maladie. Mes directives anticipées seront consultées et prises en compte par le médecin, au cours d'une discussion collégiale, au cas où je ne serai plus en capacité de les formuler (inconscient, coma, etc...)

Mes directives anticipées, c'est l'assurance que mes volontés soient respectées jusqu'au bout de ma maladie. De plus, elles me protègent des investigations déraisonnables auxquelles je ne consentirai pas si j'étais en capacité de le dire.

Si je suis dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e), je peux me faire aider par le personnel soignant, à tout moment, pour les rédiger devant deux témoins qui devront s'identifier au verso de ce document (dont l'un peut être ma personne de confiance si je l'ai désignée).

Si je devenais incapable de m'exprimer de manière irréversible, je souhaiterais, éventuellement :

- **bénéficiaire ou ne pas bénéficiaire de la mise en place de certains actes et/ou traitements,**
- **poursuivre ou interrompre ces mêmes traitements,**

s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de ma vie.

J'indique donc ici **si j'accepte** (cocher oui) ou **si je refuse** (cocher non) qu'ils soient entrepris, notamment :

Une réanimation cardiaque et respiratoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La mise en place d'une respiration artificielle, machine qui aide ou remplace ma respiration, une trachéotomie, une intubation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale, rein artificiel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une alimentation et hydratation artificielles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une transfusion sanguine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres examens ou traitements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
De me maintenir artificiellement en vie si je suis dans un « état de coma prolongé » jugé irréversible	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

- Autres éléments que je souhaite porter à la connaissance de l'équipe médicale : mes craintes, mes attentes, mes convictions personnelles, mes croyances ... :

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

- **J'ai confié un exemplaire de mes directives anticipées à ma personne de confiance :**

Oui Non

- **Mes directives anticipées sont modifiables à tout moment. Si j'ai rédigé plusieurs directives anticipées, celle avec la date la plus récente sera prise en compte.**

Fait à :

Le :

Signature du patient:

Si je suis dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) mes directives anticipées et quelqu'un l'a fait pour moi devant les 2 témoins ci-dessous :

Témoin 1 : je soussigné(e)

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Née le :/...../..... à

Qualité (lien avec la personne, personne de confiance) :

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

Nom de naissance :

Nom usuel :

Née le : / / à.....

Fait à Salon le

Signature du témoin 1 :

Témoin 2 : je soussigné(e)

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Née le :/...../..... à

Qualité (lien avec la personne) :

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

Nom de naissance :

Nom usuel :

Née le : / / à.....

Fait à Salon le

Signature du témoin 2 :

Copie : Dossier médical Personne de confiance

Autre, préciser :