

# FORMULAIRE DE DIRECTIVES ANTICIPÉES

Version de la date : Lévesque - du 22 avril 2005

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_

Demeurant à \_\_\_\_\_

Je rédige des directives anticipées au cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie, si celle-ci :

- arrive sans toutes les informations concernant mon état de santé et la prise en charge thérapeutique proposée,
- est un fait de circonstance étonnant,
- est une situation que mes valeurs exprimées ci-dessous prévalent sur tout autre avis non lié à la simple satisfaction de la personne de confiance, mais qu'elle n'est pas de nature contraignante pour le médecin,
- savoir que ces directives sont modifiables et révisables à tout moment,
- qu'elle sont valables 3 ans.

Mes valeurs sont les suivantes :

1 - À propos des situations dans lesquelles je risque de ne trouver que moi-même, situation de coma en phase terminale d'une maladie, (indique si seulement si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où l'arrêt définitif rend la conclusion et ne pourrais plus communiquer avec mes proches)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 - À propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais être l'objet, le tel présent que le titre de refus de l'administration d'organes, il peuvent ne pas être envisagés autres autres s'ils appartiennent autres, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie

- 1 (indique dans si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient envisagés, notamment)
- Une ventilation mécanique ou respiratoire totale pour respirer :  Oui  Non
  - Le branchement de mon corps sur un appareil de dialyse rénal :  Oui  Non
  - Une intervention d'organe :  Oui  Non

• Autres : \_\_\_\_\_

- 2 (indique sur traitements ont déjà été envisagés, (indique si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient artificiels, notamment)
- Une assistance respiratoire totale pour respirer :  Oui  Non
  - Une dialyse rénal :  Oui  Non
  - Une alimentation ou hydratation artificielles :  Oui  Non

• Autres : \_\_\_\_\_

3 Enfin, si mon médecin me parle de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être envisagés ou maintenus malgré tout, de la maladie dont je suis atteint, (indique si vous êtes d'accord ou si vous refusez la mise en œuvre de la poursuite)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

