

FORMULAIRE DE DIRECTIVES ANTICIPÉES

Selon la loi dite « Leonetti » du 22 avril 2005

Nom et prénoms

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.
Je certifie

- avoir reçu toutes les informations concernant mon état de santé et la prise en charge thérapeutique proposée,
- être en état de m'exprimer librement,
- être conscient(e) que mes volontés exprimées ci-dessous prévaudront sur tout autre avis non médical (y compris celui de ma personne de confiance), mais qu'elles n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin,
- savoir que ces directives sont modifiables et révocables à tout moment,
- qu'elles sont valables 3 ans.

Mes volontés sont les suivantes :

1 - À propos des situations dans lesquelles je risque de me 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 la conscience et ne pourrais plus communiquer avec mes proches.

.....
.....

2 - À 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.

1 J'indique donc si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque ou respiratoire (tube pour respirer) : Oui Non
- Le branchement de mon corps sur un appareil de dialyse rénale : Oui Non
- Une intervention chirurgicale : Oui Non

• Autres :

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

- Une assistance respiratoire (tube pour respirer) : Oui Non
- Une dialyse rénale : Oui Non
- Une alimentation ou hydratation artificielles : Oui Non

• Autres :

1 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 :

.....
.....



FORMULAIRE DE DIRECTIVES ANTICIPÉES

Selon la loi dite « Leonetti » du 22 avril 2005

3 - À 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 recevoir une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de la conscience jusqu'à mon décès.

Fait à, le / /

Signature

SITUATIONS PARTICULIÈRES

1 Si vous bénéficiez d'une mesure de tutelle, vous avez l'autorisation :

- du juge Oui Non
- du conseil de famille Oui Non

Veillez joindre l'autorisation.

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

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms

Qualité

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

Fait à, le / /

Signature