



FICHE DE DIRECTIVES ANTICIPEES

Il est possible à toute personne majeure de rédiger des « directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

Lorsqu'une personne en fin de vie, hors d'état d'exprimer sa volonté, a antérieurement désigné une personne de confiance, l'avis de cette dernière prévaut sur tout autre avis non médical, mais pas sur les « directives anticipées », dans les décisions prises par le médecin.

Je soussigné(e)

Nom marital : Nom de jeune fille :
 Prénom(s) :
 Date et lieu de naissance :
 Adresse :
 Téléphone(s) :

Ecrit ce document en tant que directive anticipée concernant mes soins médicaux futurs, ceux-ci en ayant pris connaissance par les informations que je date et signe.

La personne de confiance désignée est :

Nom marital : Nom de jeune fille :
 Prénom(s) :
 Date et lieu de naissance :
 Adresse :
 Téléphone(s) :

L'expression de mes souhaits dans ces directives anticipées est :

Situations	Souhaits	
Problèmes respiratoires	Je ne veux recevoir aucune intubation, ni trachéotomie. Si un traitement de survie est entamé, je veux qu'il soit arrêté.	
	Je veux recevoir une intubation ou une trachéotomie si mes médecins l'estiment meilleures pour moi.	
	Autres souhaits :	
Problèmes d'alimentation	Je ne veux pas recevoir d'alimentation artificielle si cela constitue le principal traitement pour me maintenir en vie. Si une alimentation artificielle est entamée, je veux qu'elle soit arrêtée.	
	Je veux recevoir une alimentation artificielle, même si cela constitue le principal traitement pour me maintenir en vie.	
	Autres souhaits :	
Soins de confort	Je veux être maintenu aussi à l'aise et à l'abri de la douleur que possible, même si de tels soins accélèrent ma mort ou écourtent ma vie.	

Autres instructions

Vous avez le droit de participer à toutes les décisions concernant vos soins médicaux, même celles qui ne concernent pas des états désespérés ou végétatifs persistants. Si vous avez des souhaits qui ne sont exprimés dans aucune autre partie de ce document, veuillez les indiquer ici.

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

Autres souhaits :

Votre signature

En signant ci-dessous, j'atteste que je comprends l'objet et l'effet de ce document.

Date :

Nom :

Signature :

Signature de vos témoins

Lorsque l'auteur de directives anticipées, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée en application de l'article L 1111-6, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

J'affirme que la personne qui a signé cette directive anticipée est l'expression de sa volonté libre et éclairée, qu'elle a signé ou reconnu cette directive anticipée en ma présence et qu'elle ne semble agir sous aucune pression, contrainte, fraude ou influence indue.

Témoin n°1

Nom (en lettre d'imprimerie) :

Qualité :

Signature :

Témoin n°2

Nom (en lettre d'imprimerie) :

Qualité :

Signature :

Références :

Décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la fin de vie.