



Madame, Monsieur,

En application de l'article L1111-11 du code de la santé publique, vous avez la possibilité de rédiger, pour le cas où vous ne seriez plus en capacité d'exprimer votre volonté, des directives anticipées. Elles vous permettent de faire connaître vos souhaits quant à votre fin de vie.

Vos directives anticipées seront prises en considération par le médecin, à l'issue d'une procédure collégiale, avant toute décision de limiter ou d'arrêter les traitements qui s'avèreraient inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

Le médecin reste, toutefois, libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer vos orientations exprimées dans ce document.

Les présentes directives anticipées sont valables trois ans, renouvelables, et peuvent être modifiées ou révoquées à tout moment.

Je, soussigné(e), Mme ou M.

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM(S) :

né(e) le (J/M/A)/...../..... à (VILLE), N° de département :

Enonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté et que mon état de santé nécessiterait les traitements suivants (cocher la case correspondante) :

TEXTE LIBRE, PRECISIONS PERSONNELLES :

ACCEPTERIEZ-VOUS LES ACTES SUIVANTS ?	Accepte	Refuse	Ne se prononce pas
Respiration artificielle : une machine remplace ou aide ma respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation artificielle : nutrition effectuée soit par une sonde placée dans le tube digestif, soit par une perfusion intraveineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydratation par une sonde placée dans le tube digestif ou par perfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rein artificiel : une machine remplace l'activité de mes reins (hémodialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert vers un service de réanimation si mon état le requiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusion sanguine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie anticancéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimiothérapie anticancéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments ou techniques visant à tenter de prolonger ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Date de rédaction initiale du présent document	Renouvellement : nouvelle date et nouvelle signature 3 ans après la date de la précédente signature
Rédigé le :/...../..... Signature :	Renouvelé le :/...../..... Signature :

⓪ EN CAS D'IMPOSSIBILITE D'ECRIRE ET DE SIGNER ⓪

Bien qu'en état d'exprimer ma volonté, je suis dans l'impossibilité d'écrire et de signer moi-même les présentes directives anticipées. Les deux témoins ci-dessous attestent que ce document est l'expression de ma volonté libre et éclairée.

NOM DE LA PERSONNE DE CONFIANCE (OU TEMOIN A DEFAUT DE DESIGNATION) :

PRENOM(S) :

QUALITE :

atteste que ce document est l'expression de la volonté libre et éclairée du patient.

Date (J/M/A) :/...../.....

Signature :

NOM DU TEMOIN :

PRENOM(S) :

QUALITE :

atteste que ce document est l'expression de la volonté libre et éclairée du patient.

Date (J/M/A) :/...../.....

Signature :

⓪ FACULTATIF : CERTIFICAT A LA DEMANDE DU PATIENT (PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN) ⓪

A la demande du patient, le médecin peut attester que l'auteur des directives anticipées est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.

Je, soussigné(e), Docteur

constate que le patient

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM(S) :

a exprimé librement sa volonté, après avoir pris connaissance de toutes les informations appropriées.

Signature du médecin :