



Directives Anticipées

Mon identité :

Nom :

Prénoms :
.....

Né(e) le :
.....

à :

Domicilié(e)
à :

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil :

- J'ai l'autorisation du juge

Oui Non

- J'ai l'autorisation du conseil de famille

Oui Non

Veillez joindre la copie de l'autorisation.



DIRECTIVES ANTICIPEES

Document 1

Document à remplir par vous-même. Si vous êtes dans l'incapacité d'écrire, reportez-vous au document 2.

Vous avez la possibilité de rédiger des directives anticipées. Il s'agit d'instructions que vous pouvez formuler sur la conduite à tenir au cas où vous seriez un jour dans l'incapacité d'exprimer votre volonté.

Vous trouverez ci-joint des exemples de directives anticipées et pouvez demander à être accompagné(e) dans la rédaction de celles-ci, si vous le souhaitez.

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance

.....

Domiciliée :

.....

.....

Mes souhaits sont les suivants :



DIRECTIVES ANTICIPEES

Document 2

Document à faire remplir par deux témoins (l'un des témoins étant la personne de confiance si vous en avez désigné une) lorsque vous n'êtes pas en mesure d'écrire.

Nous, soussignés,

M.....
(Nom, prénom, qualité)

Et

M.....
(Nom, prénom, qualité)

Attestons que les directives anticipées transcrites ci-dessous sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M

A Le

Signatures

Les souhaits de M sont les suivants :



DIRECTIVES ANTICIPEES

Document 3

Document à faire remplir par votre médecin traitant, si vous le désirez.

Je soussigné, Docteur

.....

atteste que

M.....

Est en capacité d'exprimer librement sa volonté et que je lui ai délivré toutes les informations appropriées concernant son état de santé.

Fait à Le

Signature et Cachet :



DIRECTIVES ANTICIPEES

Document 4

Exemples d'ordre médical :

« S'il m'arrive d'être dans l'incapacité de prendre moi-même les décisions concernant les soins médicaux qui me sont nécessaires ainsi que le choix des lieux de soins adaptés à ma situation, j'attends de mon généraliste, de mes médecins, de l'équipe de soins et de mes proches (*barrez ce qui ne convient pas ou complétez*) qu'ils évaluent les difficultés et les bienfaits de toutes les thérapies envisageables et qu'ils recommandent celles qui offrent un avantage, c'est-à-dire dont les bienfaits sont supérieurs aux contraintes. Ces mesures thérapeutiques devront s'inscrire dans mon intérêt général personnel et être en accord avec mes propres valeurs, telles qu'elles sont exprimées dans ma lettre de directives anticipées. »

Je veux des soins et des traitements proportionnés.

Je veux être soigné(e) jusqu'à la fin de ma vie dans de justes proportions, en bénéficiant des techniques disponibles les plus efficaces mais sans subir des traitements inutiles ou disproportionnés. Autant que possible, je veux être associé(e) au choix des soins qui me seront donnés.

Si je suis en phase terminale d'une maladie irréversible, sans espoir de guérison, je demande que soient limités ou interrompus les traitements devenus inutiles ou disproportionnés ; la limitation ou l'arrêt de ces traitements n'est pas à confondre avec une demande d'euthanasie.

Je souhaite pouvoir bénéficier jusqu'à la fin de ma vie des soins palliatifs dont j'aurai besoin : soulagement de ma souffrance par des soins antidouleur adaptés, et soutien personnalisé répondant à ses besoins physiques (nutrition, hydratation, soins infirmiers, kinésithérapie...), psychologiques (présence attentive, respect de la pudeur, écoute, soutien moral...) et spirituels ou religieux.

- Nommer l'accompagnant dont vous voudriez la présence spécifique (par exemple, psychologue, bénévole, prêtre ou autre représentant de culte...)

Je souhaite être pris(e) en charge par une équipe pluridisciplinaire en cas de décision grave pour ma santé. Cette décision doit être réexaminée d'autant plus souvent que le risque est important à court terme (exemples : réévaluation fréquente de la sédation profonde, qui doit être exceptionnelle et, dans la mesure du possible, réversible ; réévaluation régulière d'une décision de prise en charge palliative) pour ma vie.

Je veux un accompagnement de qualité et ne veux pas être considérée comme inutile ou comme privée de dignité en raison de ma grande précarité physique ; je veux avoir accès aux soins palliatifs ; Ma mort ne doit jamais être délibérément provoquée.

Je souhaite pouvoir finir mes jours à l'EHPAD.

Je ne veux pas d'acharnement thérapeutique

Si l'on doit m'administrer une sédation afin de soulager un symptôme qui serait réfractaire à tout autre traitement, je souhaite que celle-ci ne soit pas terminale, mais qu'elle soit réévaluée régulièrement en fonction de l'évolution ou du soulagement du symptôme.

Exemples d'ordre général :

Je souhaite reprendre contact avec mes proches et qu'ils soient près de moi (ex : famille)

Je souhaite que l'on respecte mon contrat d'obsèques

- Je souhaite que l'on respecte la tenue vestimentaire choisie
- Je ne veux pas changer de chambre
- Je veux rester seul(e) dans ma chambre
- Je suis de telle religion et je désire la visite de tel ministre du culte (ex : derniers sacrements, bénédiction...)

- Je ne souhaite aucun signe religieux

-Ainsi que d'autres désirs, souhaits :

.....

.....

.....

.....

Fait à :

Le :

Signature :

Lexique :

- **Acharnement thérapeutique** : L'**acharnement thérapeutique** désigne le maintien artificiel en vie d'un patient mourant pour lequel on n'a plus aucun espoir d'amélioration ou de stabilisation d'un état physiologique jugé précaire : La personne ne peut plus vivre sans les machines ou les traitements douloureux que l'on met à sa disposition (respirateurs, médicaments avec de forts effets secondaires).

- **Sédation** telle que définie et proposée dans l'article 3 de la loi Claeys/Léonetti du 2 février 2016 :

« Art. L. 1110-5-2.-A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

« 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

« 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

« Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie. »