

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

VOUS ALLEZ ÊTRE HOSPITALISÉ

C'est peut-être le moment de prendre des décisions importantes, qui pourront être utiles un jour.

Les prendre aujourd'hui évitera que d'autres les prennent à votre place, sans que vos volontés puissent être respectées, faute de les connaître.

La loi du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie permet à toute personne majeure de rédiger ses directives anticipées. La loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

DÉFINITION

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

Si en fin de vie, vous n'êtes pas en mesure d'exprimer vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits. On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave incurable, en phase avancée ou terminale.

DURÉE DE VALIDITÉ

Vos directives anticipées sont valables pour une durée illimitée.

CONSERVATION

Vos directives anticipées seront conservées dans votre dossier médical, soit celui constitué par votre médecin de ville, soit en cas d'hospitalisation dans celui de l'hôpital.

Vous pouvez également conserver vous-même vos directives anticipées ou les remettre à votre personne de confiance, à un membre de votre famille ou à un proche.

Dans ce cas, vous devrez faire mentionner dans votre dossier médical ou dans le dossier du médecin de ville leur existence et le nom de la personne qui les détient.

COMMENT LES RÉDIGER ?

Il s'agit d'un document écrit, que vous aurez daté et signé. Votre identité doit y être clairement indiquée (nom, prénom, date et lieu de naissance). Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire et de signer vous-même ce document, vous pouvez demander à deux témoins, d'attester que le document que vous n'avez pu rédiger vous-même est l'expression de votre volonté libre et éclairée. Vos témoins devront indiquer leur noms et qualité. Leur attestation devra être jointe aux directives anticipées.

Votre médecin peut à votre demande joindre à vos directives anticipées, au moment de leur insertion dans votre dossier médical, une attestation constatant que vous étiez, lors de leur rédaction, en état d'exprimer librement votre volonté.

**Vos directives anticipées peuvent être, également, rédigées sur papier libre.
Pour vous aider, nous vous remettons un formulaire de directives anticipées à compléter
au verso de ce document.**

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Si je devenais incapable de m'exprimer, de manière irréversible, je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements suivants, à entreprendre ou à poursuivre.

(Cochez l'item choisi : oui / non / je ne sais pas).

OUI

NON

JE NE SAIS PAS

Alimentation artificielle

Une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou d'une perfusion intraveineuse

Hydratation

Par sonde placée dans le tube digestif ou par perfusion sous cutanée ou intraveineuse

Soulagement de la douleur

Afin qu'elle soit le plus supportable possible en tenant compte qu'elle peut diminuer l'état de conscience

Respiration artificielle

Une machine qui remplace ou qui aide ma respiration :

Trachéotomie

Intubation

Ventilation non invasive

Réanimation en cas d'arrêt cardiaque

Médicaments ou techniques visant à tenter de prolonger ma vie

Massage cardiaque, choc électrique, ventilation artificielle

Actes invasifs

Colostomie, gastrostomie

Sonde urinaire

Examens endoscopiques

Prises de sang et injection

Autre :

Sédation

Baisse de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience face à une situation vécue comme insupportable, alors que les autres moyens médicaux n'ont pas permis ce soulagement.

Chimiothérapie anticancéreuse palliative

Radiothérapie anticancéreuse antalgique

Par ailleurs, pour mon accompagnement de fin de vie, je ne souhaite particulièrement, ou je refuse: (Présence de ma famille ou de mes proches, accompagnement religieux, ou autre traitement ...)

Date : Signature :

1^{ER} TÉMOIN

Nom : Prénom :

Date : Signature :

2^E TÉMOIN

Nom : Prénom :

Date : Signature :