

Le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les 2 témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

1^{er} témoin

Nom, prénom :
Qualité :
Date
Signature

2^e témoin

Nom, prénom :
Qualité :
Date
Signature

Conservation

Je confie mes directives anticipées à :
 Je conserve mes directives anticipées.

Fait à le
Signature

Modification

Document modifié le :

Modification :
.....
.....
.....
.....

Fait à le
Signature

Annulation

Document annulé le :

Fait à le
Signature

Centre Hospitalier de Tourcoing - Juridique - Communication - Avril 2022 - crédits photos : istockphoto - modèle n° 555



DIRECTIVES ANTICIPÉES

Qu'est-ce que c'est ?
À quoi ça sert ?
Comment les rédiger ?



VOUS POUVEZ NOUS FAIRE PART de vos souhaits en matière de traitements médicaux pour votre fin de vie, au cas où vous ne pourriez plus vous exprimer. Vos directives anticipées, document écrit, permettront au médecin de suivre votre volonté.

VOUS POUVEZ UTILISER le formulaire joint à ce dépliant. Sinon, un simple papier daté et signé peut suffire.

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ sont à votre disposition pour échanger et vous aider dans la rédaction.

Pour plus d'informations : www.has-sante.fr et www.service-public.fr

Comment ça marche ?



QUAND

peut-on les écrire ?

Quand vous voulez, que vous soyez malade ou non.



COMMENT

les rédiger ?

Vous pouvez utiliser le modèle ci-contre. Sinon, un simple papier daté et signé suffit.



QUOI

y écrire ?

Notamment vos souhaits pour la poursuite, l'arrêt, le refus de traitements médicaux pour votre fin de vie.

Avec qui parler de vos directives anticipées ?

POUR DEMANDER DES CONSEILS



Professionnels de santé



Personne de confiance, proches ou famille



Associations de patients ou d'accompagnement



Autres

POUR PRÉVENIR DE L'EXISTENCE de vos directives anticipées et de leur lieu de conservation



Médecin



Personne de confiance



Proches, famille

Informations à mentionner



ACTES ET TRAITEMENTS contribuant au maintien artificiel de la vie

Assistance respiratoire
Réanimation cardio-resp.
Alimentation et/ou hydratation artificielles



GRANDS PRINCIPES

Maintien en vie artificielle
Sédation profonde et continue



VOS ATTENTES ET VOS CRAINTES

Concernant certains traitements



VOTRE SITUATION PERSONNELLE

Si elle peut aider le médecin à comprendre vos souhaits

Et après, où les conserver ?



Dans votre dossier médical partagé en les confiant à l'Assurance Maladie.



Dans votre dossier médical en les confiant à votre médecin.



Chez votre personne de confiance/votre famille/ un proche.



Avec vous, en donnant des copies.

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e) (nom-prénom) :

Né(e) le : à :

Énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

• Je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements suivants à entreprendre ou à poursuivre (cocher) :

> **Respiration artificielle** (une machine qui remplace ou qui aide ma respiration)

Intubation/trachéotomie oui non ne sais pas

Ventilation par masque oui non ne sais pas

> **Réanimation cardio-respiratoire** (en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique)

oui non ne sais pas

> **Alimentation artificielle** (une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux)

oui non ne sais pas

> **Hydratation artificielle** (par une sonde placée dans le tube digestif)

oui non ne sais pas

> **Hydratation artificielle** (par perfusion)

oui non ne sais pas

> **Rein artificiel** (une machine remplace l'activité de mes reins, le plus souvent l'hémodialyse)

oui non ne sais pas

> **Transfert en réanimation** (si mon état le requiert)

oui non ne sais pas

> **Transfusion sanguine**

oui non ne sais pas

> **Intervention chirurgicale**

oui non ne sais pas

> **Radiothérapie anticancéreuse**

oui non ne sais pas

> **Chimiothérapie anticancéreuse**

oui non ne sais pas

> **Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie**

oui non ne sais pas

> **Antibiothérapie**

oui non ne sais pas

> **Examen diagnostic lourd et/ou douloureux**

oui non ne sais pas

> **Sédation terminale**

oui non ne sais pas

• **Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (physiques, psychologiques), même si cela a pour effet d'abrèger ma vie** oui non ne sais pas

• Autres souhaits en texte libre :

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

Fait à, le

Signature

