

Formulaires de directives anticipées**ARTICLE 01 - Mon identité**

Nom et prénom :

Né (e) le à

Domicilié (e) à

.....

.....

.....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle,

❖ J'ai l'autorisation du juge

☐ Oui☐ Non

❖ Du conseil de famille

☐ Oui☐ Non

Veuillez joindre la copie de l'autorisation

Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de la fin de vie doit connaître :

- -Certaines informations (par exemple sur ma situation personnelles, ma famille ou mes proches)
- Certaines de mes craintes de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie, ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours.

Je les écris

ici.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à Le.....

Signature :

Don d'organes

Vous avez la possibilité d'exprimer votre volonté concernant le don d'organes et de tissus après votre mort

- ☐ je veux faire don de tous mes organes et tissus
- ☐ Je ne veux pas faire don d'aucun de mes organes ou tissus => je suis inscrit au registre national automatisé des refus de prélèvement O Oui O Non
- ☐ Je veux seulement faire don des organes et des tissus suivants

Nom et coordonnées de ma personne de confiance

Si ne vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre " personne de confiance" La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volonté et apurera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer. Elle sera consulté en premier si vous avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives anticipées se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter

Je sousigné (e) (nom et prénom, date et lieu de naissance)

Désigne la personne de confiance suivante

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléhone portable :

Email :

	Directives anticipées	
	Modèle maladie grave	V 09 2024

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

☐ Oui

☐ Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées

☐ Oui

☐ Non

Fait à Le

Votre signature :

Signature de la personne de confiance :

Modèle A Je suis atteint d'une maladie grave

Ma situation actuelle :

.....

.....

.....

.....

.....

Mes volontés sont alors les suivantes :

Dans le cas où je ne serais plus en capacité de m'exprimer au moment de ma fin de vie, j'indique ici mes volontés concernant des traitements ou des actes médicaux qui pourraient apparaître inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'accepte ou je refuse de l'on DEBUTE:

ACTE	Accord	Désaccord	Explication
Nutrition artificielle	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Nutrition via une perfusion ou sonde directement dans l'estomac
Hydratation artificielle	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Hydratation via une perfusion ou une sonde directement dans l'estomac
Ventilation artificielle	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Relié via un tuyau des poumons jusqu'au respirateur, via une sonde d'intubation
Rein artificiel	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Correspond à la dialyse
Acte chirurgical	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Opération
Autre			

J'accepte ou je refuse de l'on POURSUIVE :

ACTE	Accord	Désaccord	Explication
Nutrition artificielle	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Nutrition via une perfusion ou sonde directement dans l'estomac
Hydratation artificielle	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Hydratation via une perfusion ou une sonde directement dans l'estomac
Ventilation artificielle	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Relié via un tuyau des poumons jusqu'au respirateur, via une sonde d'intubation
Rein artificiel	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Correspond à la dialyse
Acte chirurgical	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Opération
Autre			

J'accepte ou je refuse de l'on ARRETE :

ACTE	Accord	Désaccord	Explication
Nutrition artificielle	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Nutrition via une perfusion ou sonde directement dans l'estomac
Hydratation artificielle	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Hydratation via une perfusion ou une sonde directement dans l'estomac
Ventilation artificielle	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Relié via un tuyau des poumons jusqu'au respirateur, via une sonde d'intubation
Rein artificiel	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Correspond à la dialyse
Acte chirurgical	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Opération
Autre			

En cas d'arrêt de tous les traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et à pour objectif la perte de la conscience jusqu'à mon décès.

Autres dispositions :

Modèle B Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

A_ Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer dans les suites d'un accident grave (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral...) entraînant un état de coma prolongé jugé irréversible dans le temps malgré tous les traitements entrepris en urgences pour préserver ma vie. (état végétatif persistant ne me permettant plus de communiquer avec mes proches)

Mes volontés sont alors les suivantes :

J'indique ici si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie

Nutrition artificielle	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Nutrition via une perfusion ou sonde directement dans l'estomac
Hydratation artificielle	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Hydratation via une perfusion ou une sonde directement dans l'estomac
Ventilation artificielle	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Relié via un tuyau des poumons jusqu'au respirateur, via une sonde d'intubation
Rein artificiel	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Correspond à la dialyse
Acte chirurgical	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Opération
Autre			

J'indique ici si, dans cette situation précise, j'accepte ou je refuse que soient **entrepris des actes ou traitements médicaux de survie**.

ACTE	Accord	Désaccord	Explication
Massage cardiaque	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Réaliser des compressions thoraciques dans le but d'oxygéner les organes dont le cerveau
Intubation trachéale	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Relié via un tuyau des poumons jusqu'au respirateur, via une sonde d'intubation
Trachéotomie	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Orifice crée au niveau du cou pour vous faire respirer
Rein artificiel	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Correspond à la dialyse
Acte chirurgical	☐ J'accepte	☐ Je refuse	Opération

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, jusqu'à mon décès et qui a pour but d'améliorer mon confort.

Autres dispositions :

Autres situations que j'envisage dans lesquelles je ne serais plus en mesure de m'exprimer

Cas particulier, Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul vos directives anticipées

	Directives anticipées	
	Modèle maladie grave	V 09 2024

Quelqu'un peut le faire pour vous devant 2 personnes désignées ci-dessous (dont l'une peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée)

TEMOIN 1 : Je soussigné

Nom et prénom : _____

Qualité : _____

Atteste que les directives anticipées décrites ci avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de monsieur ou madame : _____

Fait à _____

Signature :

TEMOIN n°2 : Je soussigné

Nom et prénom : _____

Qualité : _____

Atteste que les directives anticipées décrites ci avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de monsieur ou madame : _____

Fait à _____

Signature :

Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné

Nom et prénoms : _____

Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à un établissement médico social qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes.

Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus recent fait foi.

Ou déclare annuler mes directives anticipées datées du _____

Fait à _____ Le _____

Signature

Localisation de mes directives anticipées

Formulaire des directives anticipées

Conservé sur moi ou chez moi

Si oui, à tel endroit _____

Remis à :

- Ma personne de confiance _____
- Autres personnes _____