

# FORMULAIRE DE DIRECTIVES ANTICIPEES

Je rédige ces directives anticipées au cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes souhaits et ma volonté sur ce qui est important à mes yeux, du fait d'une maladie grave ou au moment de la fin de ma vie.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

• 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 sait pas

- Ventilation par masque

oui  non  ne sait pas

➤ **Réanimation cardio respiratoire** (en cas d'arrêt cardiaque)

oui  non  ne sait pas

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

oui  non  ne sait pas

➤ **Hydratation artificielle** (par une sonde placée dans le tube digestif ou par perfusion)

oui  non  ne sait pas

➤ **Rein artificiel** (une machine remplace l'activité des reins / hémodialyse)

oui  non  ne sait pas

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

oui  non  ne sait pas

➤ **Transfusion sanguine**

oui  non  ne sait pas

➤ **Intervention chirurgicale**

oui  non  ne sait pas

➤ **Radiothérapie anticancéreuse**

oui  non  ne sait pas

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

oui  non  ne sait pas

➤ **Examens diagnostic lourd et /ou douloureux**

oui  non  ne sait pas

• Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances même si cela a pour effet d'abrégé ma vie (cocher)

oui  non  ne sait pas

• Autres souhaits en texte libre :

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

Etant dans l'incapacité physique d'écrire seul(e) mes directives anticipées :

**Témoïn 1** : Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, agissant en qualité de \_\_\_\_\_  
que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : \_\_\_\_\_  
Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ Signature :

**Témoïn 2** : Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, agissant en qualité de \_\_\_\_\_  
que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : \_\_\_\_\_  
Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ Signature :

# LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Les directives anticipées permettent à quiconque d'exprimer ses volontés, notamment sur la fin de vie, pour les faire valoir dans le cas où il ne serait plus en capacité de s'exprimer. C'est un droit depuis la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, renforcé par la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

## 1. Quel est le rôle des directives anticipées ?



Elles sont destinées à recueillir vos volontés sur votre fin de vie, dans la situation où vous ne seriez plus en capacité de vous exprimer



Depuis la loi de 2016, elles sont opposables au médecin, sans limite de durée, modifiables et révocables à tout moment. Toute personne majeure peut rédiger ses directives anticipées, sur papier libre daté et signé, ou sur le modèle de la Haute autorité de santé disponible sur le site du CNSPFV : [www.parlons-fin-de-vie.fr](http://www.parlons-fin-de-vie.fr) > rubrique « Je m'intéresse à la fin de vie »

## 2. Informations importantes à mentionner



**Vos attentes, vos craintes, vos limites**

concernant certains traitements ou certaines situations de fin de vie



Assistance respiratoire

Réanimation cardio-circulatoire

Nutrition et/ou hydratation artificielles

Dialyse

Autres



**Vos souhaits et croyances de nature non médicale**

Ils ne sont pas considérés comme des directives mais peuvent être précisés.

## 3. Avec qui en parler ?



Famille



Proche



Toute personne avec qui vous souhaitez en parler et qui peut vous aider à réfléchir



Professionnel de santé



Association de patients ou d'accompagnement

## 4. Les transmettre et les conserver Comment ? Sur papier libre ou formulaire dédié



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 à votre entourage



Dans votre dossier médical partagé / Mon espace santé (déploiement prévu en 2022)