

Mes Directives Anticipées

Conformément au Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

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 sait pas

Ventilation par masque : oui non ne sait pas

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

oui non ne sait pas

Alimentation artificielle (une nutrition 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)

oui non ne sait pas

Hydratation artificielle (par perfusion)

oui non ne sait pas

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

Chimiothérapie anticancéreuse

oui non ne sait pas

Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie

oui non ne sait pas

Examen diagnostique lourd et/ou douloureux

oui non ne sait 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 sait pas

Autres souhaits en texte libre :

.....

Fait à :

Le

Signature :

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^{ème} témoin :

Nom, prénom

Qualité.....

Date.....

Signature :

Conservation

- je confie mes directives anticipées à :
- je conserve mes directives anticipées.

Signature :

Fait à

Le

NB: valable 3 ans

Renouvellement à la fin des 3ans

Document confirmé le :

Signature :

Fait à

Le

Modification avant la fin des 3 ans

Document modifié le :

Modification :

.....

.....

.....

Fait à

Signature :

Le

Annulation avant la fin des 3 ans

Signature :

Document annulé le :

Fait à

Le