CHU ANGERS
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Mes directives anticipées*

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de rédiger vos directives anticipées. Elle permet d'indiquer vos souhaits concernant votre prise en charge de fin de vie.

Cas particulier : si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de directives anticipées, merci de vous reporter au dos de ce document.

1 Je soussigné(e) *(nom, prénoms, date et lieu de naissance)* :

Domicilié(e) à :

Mes volontés sont les suivantes :

Je pense être en bonne santé

☐ Je ne suis pas atteint(e) d'une maladie grave. Cependant, je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Je suis atteint(e) d'une maladie grave

☐ Je pense être proche de la fin de ma vie, je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

2 À propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie) :

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie, dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

3 À propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet :

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

- J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio-respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

3 À propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet :

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

- J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse que soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
- Une intervention chirurgicale :
- Autre :

- Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) :
- Dialyse rénale :
- Alimentation et hydratation artificielles :
- Autre :

Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint(e), j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

4 À propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur :

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, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et qui a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre I du Code civil :

- J'ai l'autorisation du juge ☐ Oui ☐ Non
- J'ai l'autorisation du conseil de famille ☐ Oui ☐ Non

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

Commentaires libres (si l'espace prévu n'est pas suffisant, il est possible de rédiger vos commentaires sur un feuillet séparé, daté et signé, qui sera annexé au formulaire) :

☐ Je ne souhaite pas rédiger mes directives anticipées

Fait le : _____ à : _____

Signature :

Cas particulier :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance).

☐ Je suis dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) mes directives anticipées.

Témoin 1 : je soussigné(e)

Nom et prénoms : _____

Qualité (en lien avec la personne) : _____

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M/Mme : _____

Fait le : _____

à : _____

Signature du témoin 1 :

Témoin 2 : je soussigné(e)

Nom et prénoms : _____

Qualité (en lien avec la personne) : _____

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M/Mme : _____

Fait le : _____

à : _____

Signature du témoin 2 :

Source : ministère chargé de la Santé

› Pour aller plus loin : **www.service-public.fr**

* Au sens des articles L. 1111-11 et R. 1111-18 et R. 1111-19 du Code de la santé publique.