

Formulaire des directives anticipées

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.... entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

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 :

2° 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 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 a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

Vous pouvez modifier ou annuler vos directives anticipées à tout moment et en rédiger de nouvelles. Demandez à votre médecin ou à l'établissement de détruire les précédentes. Seul le document le plus récent fait foi.

Fait à : _____ **Le :** _____

Signature du patient :

La personne de confiance

Article L.1111-6 du Code de la Santé publique

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance :

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement :

- Soutien et aide à la décision ;
- Accompagnement aux consultations ;
- Prise de connaissance d'éléments du dossier médical en votre présence.

Elle a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir.

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale.

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité. Elle sera donc votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits, votre volonté et convictions.

Si vous avez rédigé des directives anticipées, la personne de confiance appuiera vos directives anticipées et ces dernières s'appliqueront prioritairement aux informations données par la personne de confiance.

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance. Il est important que vos proches soient informés de la désignation d'une personne de confiance et en connaissent son nom.

JE SOUSSIGNÉ(E) :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Ville : _____

☐

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

☐

Souhaite désigner une personne de confiance :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Téléphone portable : _____ Adresse mail : _____

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement. Conformément à l'article de loi cité ci-dessus, cette désignation est cosignée par la personne désignée.

Fait à : _____ Le : _____

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :