



RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

(Dans le cas où je ne pourrais plus exprimer mes volontés en cas de maladie grave ou d'accident et en fin de vie)

Consulter le verso du document, pour en savoir plus sur les directives anticipées !

Je soussigné(e) Nom- Prénom : Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu de naissance :



JE SOUHAITE RÉDIGER MES DIRECTIVES ANTICIPÉES
(REEMPLIR LES CHAMPS CI-DESSOUS)



JE NE SOUHAITE PAS RÉDIGER MES DIRECTIVES ANTICIPÉES
(BARRER ET SIGNER LA FEUILLE EN BAS DE PAGE)

SI MON ÉTAT DE SANTÉ LE NÉCESSITE, EST-CE QUE JE SOUHAITE (cochez les cases) :



Soulager efficacement mes douleurs
Même si cela peut réduire ma durée de vie

OUI NON NE SAIT PAS



Etre endormi profondément et en continue jusqu'à mon décès (sédation)
Même si je serais moins ou plus conscient du tout

OUI NON NE SAIT PAS



HPAD)

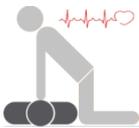
NE SAIT PAS



é à l'hôpital

NON NE SAIT PAS

JE SOUHAITE QU'ON PROLONGE MA VIE AVEC :



-respiratoire si tre
c électrique)

NE SAIT PAS



nents

NON NE SAIT PAS



ille (avec une

NE SAIT PAS



ation artificielle (sonde ue, gastrostomie)

NON NE SAIT PAS



is (ou rein artificiel)

NE SAIT PAS



tion artificielle

NON NE SAIT PAS



ics longs ou lourds

NE SAIT PAS



ion chirurgicale lourde

NON NE SAIT PAS

Fait à

Le

re :

Merci de redonner ce document écrit à l'équipe soignante.

En cas de non retour du document complété dans les 8 jours, il sera noté dans le dossier que vous ne souhaitez pas rédiger vos directives anticipées.

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait un jour dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Ces directives sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté concernant la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements ou d'actes médicaux.

Art. L1111-11 du code de la santé publique – Loi n° 2016-87 du 02 février 2016

*Vos directives anticipées sont **valables sans limite de temps** mais vous pouvez les modifier totalement ou partiellement ou les annuler à tout moment : dans ce cas, il est préférable de le faire par écrit. Si vous ne pouvez pas les écrire demandez à quelqu'un de le faire devant vous et devant deux témoins (l'un d'eux doit être votre personne de confiance si elle est désignée).*

Vos directives anticipées seront le cas échéant conservées dans votre dossier médical. Vous pouvez également conserver vous même vos directives anticipées ou les remettre à votre personne de confiance, à un membre de votre famille ou à un proche. Dans ce cas, vous devez faire mentionner dans votre dossier médical ou dans le dossier du médecin de ville leur existence et le nom de la personne qui les détient. Il est important de faire part de vos directives anticipées à l'équipe médicale afin qu'elle puisse en tenir compte si nécessaire.

MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE

Pour les personnes sous protection juridique, la rédaction de directives anticipées est possible en curatelle et en sauvegarde de justice ; en tutelle, sous réserve de l'accord du juge des tutelles (les directives anticipées rédigées avant la mise sous protection restent valables). Il en est de même en habilitation familiale générale (les directives qui ont été rédigées avant le jugement d'habilitation conservent toute leur valeur ; la personne sous habilitation en assistance peut les rédiger seule ; l'accord du juge des tutelles est requis si la personne bénéficie d'un régime de représentation.

INCAPACITÉ À RÉDIGER SES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e) **Dr** atteste que M. Mme

Est dans l'incapacité de rédiger ses directives anticipées.

Fait à Bellême, le Signature du médecin traitant :

Nom de l'IDE : Signature IDE:

RÉVOCATION OU MODIFICATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e) Nom- Prénom : Nom de jeune fille :



**JE SOUHAITE RÉVOQUER MES DIRECTIVES
ANTICIPÉES**



**JE SOUHAITE MODIFIER MES DIRECTIVES
ANTICIPÉES**
(=REMPLIR UN NOUVEAU FORMULAIRE SVP)

Fait à

Le

Signature :