

SUPPORT DE RECUEIL DE VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e), (NOM-Prénoms) _____,
né(e) le _____ / _____ / _____ à _____ utilise le modèle suivant pour
faire part de mes Directives Anticipées, pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes volontés lors de ma fin de vie.

1 | INFORMATIONS POUR MON MÉDECIN

Je pense que pour bien comprendre les volontés exprimées ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- Certaines informations concernant ma situation personnelle ou celle de mes proches (*mon histoire médicale personnelle, par exemple, ou ma situation familiale*).
- Certaines de mes convictions, de mes attentes, ou de mes peurs.

Je les écris ici : _____

2 | MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

- Si je souhaite m'exprimer au sujet de **la prise en charge de mes symptômes**, si mon pronostic vital est engagé :
 - Je préfère que l'on soigne activement tous mes symptômes inconfortables même si cela a comme conséquence d'abrèger ma vie :
 OUI NON
 - Je préfère que l'on épuise toute les possibilités médicales pour me maintenir en vie le plus longtemps possible, quitte à ce que l'ensemble de mes symptômes inconfortables ne soient pas tous soulagés :
 OUI NON
 - Autre : _____
- Si j'ai des souhaits précis concernant **la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de certains traitements** ou actes médicaux (*comme une réanimation cardiaque et respiratoire, une dialyse, une alimentation artificielle, ou d'autres traitements spécifiques dont mon médecin m'aurait parlé*) je peux les expliquer ici :

- Si je souhaite m'exprimer concernant **le maintien artificiel de la vie**, sans récupération possible, c'est-à-dire dans un état de coma prolongé irréversible, je peux indiquer ici les limites que je veux fixer, ou ce que je ne souhaiterais pas vivre :

- En cas d'**arrêt des traitements** me maintenant artificiellement en vie, je souhaite bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur :
 OUI NON
- Si j'ai d'autres directives à renseigner, je le fais ici :

Fait le _____ / _____ / _____ à _____

Signature

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 si vous l'avez désignée).

((*NOM-Prénoms*) étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même (ou elle-même) ses directives anticipées, les deux témoins attestent, à sa demande, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

1ER TÉMOIN

Nom et prénom :

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme (*NOM Prénom*)

Fait le / / à

Signature

2ÈME TÉMOIN

Nom et prénom :

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme (*NOM Prénom*)

Fait le / / à

Signature



**NOUS VOUS CONSEILLONS DE DISCUTER DU CONTENU DE VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES
AVEC VOTRE MÉDECIN TRAITANT OU UN MÉDECIN SPÉCIALISTE.
ILS POURRONT VOUS AIDER À EXPRIMER VOS SOUHAITS.**