

**Mon identité :**

Nom et prénoms : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Domicilié(e) à : .....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre 1<sup>er</sup> du Code civil :

Je dispose de l'autorisation :

- du juge  oui  non
- du conseil de famille  oui  non

**Veillez joindre la copie de l'autorisation.**

***Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées***

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

- certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours).

Je les écris ici :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait le ..... à .....

Signature

**Mes directives anticipées :**

*Dans quel état de santé pensez-vous être ? Cochez la ou les cases correspondantes.*

- Je pense être en bonne santé
- Je ne suis pas atteint d'une maladie grave
- Je suis atteint d'une maladie grave
- Je pense être proche de ma fin de 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.

Mes volontés sont les suivantes :

1. A 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 :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. A 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 qu'ils 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 :

.....  
.....

Autres :

.....  
.....

- 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 :

.....  
.....

Autres :

.....  
.....

- 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 atteints, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....  
.....  
.....

**3. A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur**

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement 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 :

.....  
.....  
.....

Fait le ..... à .....

Signature

## CAS PARTICULIERS

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

**Témoin 1 :** Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

Qualité : .....

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

Fait à : .....

Le : .....

Signature

**Témoin 2 :** Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

Qualité : .....

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

Fait à : .....

Le : .....

Signature

## NOM ET COORDONNES DE MA PERSONNE DE CONFIANCE

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « personne de confiance ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

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

.....  
.....

Désigne la personne de confiance suivante :

Nom, prénoms : .....

Adresse :

.....  
.....

Téléphone privé : ..... professionnel : ..... portable : .....

E-mail : .....@.....

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

oui

non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

oui

non

Fait à : .....

Le : .....

Votre signature :

Signature de la personne de confiance :