


Vous pouvez utiliser le présent formulaire pour rédiger vos directives anticipées.

Nous vous recommandons de conserver l'original de vos directives anticipées et d'en faire plusieurs copies pour les remettre à chacun des destinataires suivants :

- Votre médecin,
- Votre personne de confiance si vous l'avez désignée,
- Un membre de votre famille ou un de vos proches,
- L'EHPAD, qui les conservera dans votre dossier,

 Ce document n'est valable que s'il est signé et daté par vos soins. Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire au moment de la formalisation de vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant 2 témoins, dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée.

L'un de ces 2 témoins peut-être le rédacteur de vos directives anticipées si personne d'autre ne peut le faire.

Les témoins doivent attester que le présent document, rempli par un tiers ou par l'un d'entre eux, exprime bien votre volonté. Ils doivent indiquer leur nom, prénom et niveau de relation avec vous (frère, ami, ...) et leur attestation doit être jointe aux directives anticipées. Ils peuvent pour ce faire utiliser le formulaire n°2 ci-joint.

## Mon identité

### Je soussigné(e)

Nom et Prénom.....

Né(e) le ..... à .....

Atteste avoir reçu les informations nécessaires à la rédaction de mes directives anticipées mais pour l'instant, je ne souhaite pas les formaliser. Je laisse l'équipe médicale décider des soins et traitements appropriés, en évitant toute obstination déraisonnable et en se conformant à la loi en vigueur.

Fait à .....

Le .....

Signature :

Formule 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.

*Cochez la case correspondant à votre situation actuelle :*

Je suis atteint(e) d'une maladie grave ou d'un handicap

Je n'ai pas de maladie grave ou de handicap, mais j'écris ces directives dans le cas où je me retrouverais dans certaines situations pouvant conduire à un maintien artificiel de ma vie (traumatisme crânien grave, accident vasculaire cérébral, coma prolongé, etc.) ou à des séquelles irréversibles.

**J'accepterais que les traitements suivants soient entrepris ou poursuivis pour moi :**

	OUI	NON	JE NE SAIS PAS
Massage cardiaque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilation artificielle avec intubation ou trachéotomie temporaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventilation artificielle avec masque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dialyse (rein artificiel) temporaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervention chirurgicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hydratation par perfusion ou sonde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentation par perfusion ou sonde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**J'accepterais de vivre avec les séquelles suivantes :**

	OUI	NON	JE NE SAIS PAS
Paralysie d'un côté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paralysie de tout mon corps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paralysie des 2 jambes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coma permanent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etat nécessitant une trachéotomie définitive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etat nécessitant une trachéotomie définitive et un respirateur en permanence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etat nécessitant une dialyse à vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anus artificiel définit avec une poche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amputation d'un membre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Séquelles inesthétiques graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déficience intellectuelle sévère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne plus jamais pouvoir boire et manger par la bouche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne plus jamais voir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne plus jamais entendre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne plus jamais pouvoir communiquer avec mes proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne plus jamais pouvoir réaliser seul les actes de la vie courante (se laver, s'habiller, manger, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Voici les coordonnées de ma personne de confiance :**

Nom, prénom de la personne de confiance : .....

Née le ..... à .....

Qualité (*quelle est son lien avec vous ?*) .....

Adresse..... Téléphone fixe.....

..... Portable.....

Adresse mail : .....

- Ma personne de confiance à connaissance de mes directives anticipées
- Je remets un exemplaire de mes directives anticipées à ma personne de confiance
- Je n'ai pas désigné de personne de confiance

**Au-delà de ma personne de confiance ; je souhaite remettre une copie de mes directives anticipées :**

- à mon médecin traitant
- à l'EHPAD
- à un membre de ma famille. *Précisez :*

Nom, prénom: .....

Née le ..... à .....

Qualité (*quelle est son lien avec vous ?*) .....

Adresse..... Téléphone fixe.....

..... Portable.....

- à un proche. *Précisez :*

Nom, prénom: .....

Née le ..... à .....

Qualité (*quelle est son lien avec vous ?*) .....

Adresse..... Téléphone fixe.....

..... Portable.....

- Je ne souhaite pas remettre de copie de mes directives anticipées, je communique l'endroit où je les conserve afin qu'elles soient accessibles en cas de besoin :

.....

.....

.....

**J'atteste que ces directives anticipées sont l'expression de ma volonté**

J'ai bien pris conscience que je peux changer d'avis à tout moment, sans avoir à le justifier.

Fait à ..... Le ..... Signature :

*Si vous étiez dans l'impossibilité physique de rédiger ces directives anticipées seul(e), la personne en charge de la rédaction doit s'identifier ci-dessous et les témoins doivent renseigner le formulaire « Attestation des témoins » ci-joint.*

Nom / Prénom..... Signature :

Fait à ..... Le .....