



Le formulaire des directives anticipées

Référence : 200.340

Version : 02

Date d'application : 08.04.2016

Durée de validité : 3 ans

La loi donne le droit à toute personne majeure de rédiger ses « directives anticipées »

Ce sont des instructions écrites qui permettent à chacun d'entre nous d'exprimer sa volonté quant aux conditions de sa fin de vie. Elles indiquent plus particulièrement nos souhaits de maintien, de refus, de limitation ou d'arrêt de ses traitements et des actes médicaux, afin qu'ils soient connus si nous étions dans l'incapacité de les exprimer.

Le professionnel de santé doit respecter ces volontés.

Je soussigné,
 Nom de naissance :
 Nom d'usage :
 Prénom :
 Date et lieu de naissance :
 Adresse :

Déclare rédiger ce document en toute liberté sans pression extérieure pour le cas ou après un accident ou du fait d'une maladie grave ou au moment de ma fin de vie je ne serai plus en mesure d'exprimer ma volonté sur ce qui est important à mes yeux.

Je demande :

- que ma personne de confiance soit consultée sur ma volonté de finir dignement ma vie ;
- qu'on n'entreprenne, ni ne poursuive les actes de prévention, investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie (art. L 1110-5 du code de la santé publique) ;
- que l'on soulage efficacement mes souffrances, même si cela pourrait avoir un effet secondaire d'abrèger ma vie ;
- que si j'endure des souffrances qui résistent aux traitements ou si on arrête les traitements qui me maintiennent en vie et que le médecin estime que ma mort doit survenir prochainement, je souhaite une sédation (traitement que provoque une perte de conscience) profonde et continue jusqu'au décès ;
- qu'on me procure des soins de confort les plus appropriés à mon état ;
- autre précision personnelle :

.....

Ou je ne souhaite pas m'exprimer en détail sur les mesures médicales et je fais confiance à l'équipe médicale pour mettre en place les soins et traitements appropriés.

Date : Signature :



Centre
Hospitalier
de Figeac

Le formulaire des directives anticipées

Référence : 200.340

Version : 02

Date d'application : 08.04.2016

Durée de validité : 3 ans

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire ou de compléter seul(e) ce document

Quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées ci-dessous (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée)

Témoïn 1 :

Je soussigné(e)

Nom et prénom _____

Qualité _____

Atteste que les directives anticipées décrites ci-dessus relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M

Fait à _____ le _____

Signature

Témoïn 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénom _____

Qualité _____

Atteste que les directives anticipées décrites ci-dessus relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M

Fait à _____ le _____

Signature