

## Mon identité

Nom et prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :

\_\_\_\_\_

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 1er du code civil :

→ j'ai l'autorisation du juge : Oui ☐ Non ☐

→ du conseil de famille : Oui ☐ Non ☐

Joindre la copie de l'autorisation.

## Mes directives anticipées

Situation :

> Je suis atteint d'une maladie grave

> Je pense être proche de la fin de ma 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)** à 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 :

☐ j'accepte ☐ je refuse

**2)** à 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.

a) J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient **entrepris**, notamment :

\* Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : ☐ j'accepte ☐ je refuse

\* Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : ☐ j'accepte ☐ je refuse

\* Une intervention chirurgicale : ☐ j'accepte ☐ je refuse

\* Une transfusion sanguine : ☐ j'accepte ☐ je refuse

\* Autre : \_\_\_\_\_ ☐ j'accepte ☐ je refuse



b) Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient **poursuivis**, notamment :

- \* Assistance respiratoire (tube pour respirer) : ☐ j'accepte la poursuite ☐ je refuse la poursuite
- \* Dialyse rénale : ☐ j'accepte ☐ je refuse
- \* Alimentation et hydratation artificielles : ☐ j'accepte ☐ je refuse
- \* Autre : \_\_\_\_\_ ☐ j'accepte ☐ je refuse

\* 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 atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

\_\_\_\_\_ ☐ j'accepte ☐ je refuse  
 \_\_\_\_\_ ☐ j'accepte ☐ je refuse

### 3) à 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 :

☐ j'accepte ☐ je refuse

### 4) informations ou souhaits que je veux exprimer (ex : sur ma situation personnelle, ma famille, mes proches, mes craintes, mes attentes, mes convictions, lieu où je veux finir mes jours, don d'organes<sup>1</sup>...) :

---

---

---

---

1. Le don d'organes est présumé chez toute personne dont la médecine juge qu'il est possible, sauf si elle refuse : dans ce cas, elle peut s'inscrire sur le registre national des refus de dons d'organes à l'aide d'un formulaire ([https://www.registrenationaldesrefus.fr/pdf/formulaire\\_registre\\_refusvf.pdf](https://www.registrenationaldesrefus.fr/pdf/formulaire_registre_refusvf.pdf)) ou l'écrire sur un document (daté et signé avec nom, prénom, date et lieu de naissance) confié à un proche.

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 désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

| Témoïn 1 : Je soussigné(e) | Témoïn 2 : Je soussigné(e) |
|----------------------------|----------------------------|
| Nom :                      | Nom :                      |
| Prénoms :                  | Prénoms :                  |
| Qualité :                  | Qualité :                  |

Attestent que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Monsieur ou Madame : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature Témoïn 1

Signature Témoïn 2