

Etiquette patient

JE SUIS PATIENT ET JE SOUHAITE DESIGNER MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Conformément au décret n°2006-119 du 6 février 2006

Définition

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté, chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou disproportionnée ou la prolongation artificielle de la vie.

Comment les rédiger

Il s'agit donc d'un **document écrit**, que vous aurez daté et signé. Votre identité doit y être clairement indiquée (nom, prénom, date et lieu de naissance).

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire et de signer vous-même ce document, vous pouvez demander à deux témoins, dont votre personne de confiance si vous en avez désigné une, d'attester que le document que vous n'avez pu rédiger vous-même est l'expression de votre volonté libre et éclairée. Vos témoins devront indiquer leur nom et qualité.

Votre médecin peut, à votre demande, joindre à vos directives anticipées, au moment de leur insertion dans votre dossier médical, une attestation constatant que vous étiez en état d'exprimer librement votre volonté lors de leur rédaction.

Vous pouvez à tout moment révoquer vos directives anticipées, les modifier partiellement ou totalement. Toute modification fait courir une nouvelle période de trois ans.

Durée de validité

Vos directives anticipées sont valables trois ans. Cette durée est renouvelable. Il suffit pour cela que vous le confirmiez sur votre document en le signant ou avec l'aide de vos témoins si vous ne pouvez pas signer.

Quel formulaire utiliser

Vous trouverez au verso du présent document le formulaire de déclaration.

Vos directives anticipées seront conservées dans votre dossier médical.

Vous pouvez également conserver vous-même vos directives anticipées ou les remettre à votre personne de confiance, à un membre de votre famille ou à un proche. Dans ce cas, vous devez faire mentionner dans votre dossier médical ou dans le dossier du médecin de ville leur existence et le nom de la personne qui les détient.

Je soussigné(e) :

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

A : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Personne de confiance : _____

Enonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté et que mon état de santé nécessiterait les traitements suivants (cocher la case correspondante) :

	Accepte	Refuse	Ne se prononce pas
Respiration artificielle : une machine qui remplace ou qui aide ma respiration	☐	☐	☐
Réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique ...	☐	☐	☐
Alimentation artificielle : une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou d'un dispositif intraveineux	☐	☐	☐
Perfusion de réhydratation	☐	☐	☐
Rein artificiel : une machine remplace l'activité de mes reins (hémodialyse)	☐	☐	☐
Transfert vers un service de réanimation si mon état le requiert	☐	☐	☐
Transfusion sanguine	☐	☐	☐
Opération chirurgicale	☐	☐	☐
Radiothérapie anticancéreuse	☐	☐	☐
Chimiothérapie anticancéreuse	☐	☐	☐
Médicaments ou techniques visant à tenter de prolonger ma vie	☐	☐	☐
Autres souhaits à préciser :			

Date :

Signature (1) :

(1) Bien qu'en état d'exprimer ma volonté, je suis dans l'impossibilité d'écrire et de signer moi-même le document. Les 2 témoins ci-dessous, dont l'un est la personne de confiance, attestent que ce document est l'expression de ma volonté libre et éclairée.

Témoin 1 : *Nom, prénom, qualité-parenté*

Date : Signature :

Témoin 2 : *Nom, prénom, qualité-parenté*

Date : Signature :