

## FORMULAIRE DE DIRECTIVES ANTICIPEES

Selon la LOI LEONETTI-CLAYES n°2016-87 du 2 février 2016, article 8, créant de nouveaux droits pour les personnes en fin de vie.

*L'article L. 1111-11 du même code rédigé : « Art. L.1111-11.- **Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées** pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. »*

*« A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables »*

*« Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. »*

*« La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale. »*

### Je soussigné(e) :

Nom – Prénoms : .....

Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone fixe : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Nom & Prénom de la personne de confiance :** .....

Téléphone fixe : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Sain (e) de corps et d'esprit, prend les directives anticipées suivantes pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté.**

Si je suis dans l'impossibilité d'exprimer ma volonté concernant ma santé, mes souhaits relatifs à la fin de ma vie, les conditions de poursuite ou de limitation voire d'arrêt des traitements, et si je suis dans l'impossibilité de les écrire moi-même, j'autorise alors ces deux témoins à les rédiger :

Témoin 1 : Nom, prénom, qualité : .....

.....

Témoin 2 : Nom, prénom, qualité : .....

.....



**Si un jour, je deviens gravement malade et dans l'impossibilité d'exprimer ma volonté :**

**JE DECIDE**

• **Si mon cœur s'arrête de battre :**

J'accepte la réanimation cardiaque

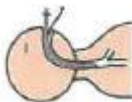


Je refuse la réanimation



• **Si je ne peux plus respirer :**

J'accepte l'intubation



Je refuse l'intubation



• **Si je ne peux plus manger :**

J'accepte d'être alimenté par une sonde



Je refuse d'être alimenté



• **Si je ne peux plus boire :**

J'accepte la perfusion



Je refuse la perfusion



• **Si mes reins ne fonctionnent plus :**

J'accepte d'être dialysé



Je refuse d'être dialysé



• **Si j'ai besoin de recevoir du sang :**

J'accepte d'être transfusé



Je refuse d'être transfusé



• **Si j'ai besoin d'être opéré :**

J'accepte l'intervention chirurgicale



Je refuse l'opération



Autres commentaires : .....

.....

.....

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature :**