

FORMULAIRE DE RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPEES

Le jour où je ne pourrais plus prendre de décision moi-même et/ou que je serais hors d'état d'exprimer ma volonté, je rédige mes directives.

Je soussigné(e) :

Né(e) le _____ à _____

Médecin traitant _____

Nom, prénom de la personne de confiance _____

Si un jour je ne peux plus dire ce que je veux comme soins, parce que je suis inconscient(e) de façon prolongée ou incapable de communiquer, je souhaite que l'on respecte ce que j'ai dit dans ce document.

POUR LES TRAITEMENTS SUIVANTS, EN RESPECT DE LA LÉGISLATION EN VIGUEUR ET SI MON ÉTAT DE SANTÉ LE NÉCESSITE, JE DEMANDE À BÉNÉFICIER DE :

RESPIRATION ARTIFICIELLE (VENTILATION)

Je veux qu'on me branche sur une machine qui me fera respirer

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐ ☐ Je ne sais pas ☐

REANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

En cas d'arrêt cardiaque je veux que l'on me fasse un massage cardiaque ou un choc électrique

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐ ☐ Je ne sais pas ☐

ALIMENTATION ARTIFICIELLE : Je veux que l'on me nourrisse avec une perfusion ou avec un tuyau dans l'estomac.

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐ ☐ Je ne sais pas ☐

HYDRATATION ARTIFICIELLE : Je veux que l'on m'hydrate avec une perfusion.

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐ ☐ Je ne sais pas ☐

REIN ARTIFICIEL : je veux qu'une machine remplace l'activité de mes reins (hémodialyse)

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐ ☐ Je ne sais pas ☐

TRANSFUSION SANGUINE :

Je veux que l'on me donne du sang

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐ ☐ Je ne sais pas ☐

INTERVENTION CHIRURGICALE

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐ ☐ Je ne sais pas ☐

ANTALGIE : Je veux que l'on soulage mes douleurs autant que possible

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐ ☐ Je ne sais pas ☐

MEDICAMENTS VISANT A TENTER DE PROLONGER MA VIE SANS POUVOIR GUERIR MA MALADIE

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐ ☐ Je ne sais pas ☐

EXAMEN LOURD ET/OU DOULOUREUX

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐ ☐ Je ne sais pas ☐

TRANSFERT EN SERVICE DE REANIMATION (si mon état le requiert)

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐ ☐ Je ne sais pas ☐

JE SOUHAITE QUE L'ON SOULAGE EFFICACEMENT MES SOUFFRANCES (PHYSIQUE ET/OU PSYCHOLOGIQUE)

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐ ☐ Je ne sais pas ☐

COMMENTAIRES

JE SOUHAITERAIS QUE MA FIN DE VIE SE DÉROULE DANS CES CONDITIONS

JE VEUX ÊTRE ENDORMI(E) PROFONDEMENT JUSQU'À MA MORT
(sédation profonde et continue avec traitement de la douleur)

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐  Je ne sais pas ☐

JE PRÉFÈRE MOURIR :

 Chez moi ☐  À l'hôpital ☐

**JE SOUHAITE QUE MES PROCHES SOIENT PRÉSENTS
S'ILS LE SOUHAITENT**

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐  Je ne sais pas ☐

**JE SOUHAITE QU'UN REPRÉSENTANT DU CULTE
(RELIGION) SOIT PRÉSENT :**

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐  Je ne sais pas ☐

SI OUI, LEQUEL : _____

CAS PARTICULIERS

Attention, si je suis sous tutelle, je demande l'autorisation au juge des tutelles ou au conseil de famille.

Si je ne peux pas écrire, je demande à 2 témoins de remplir mes directives anticipées, de les signer et de signer chacun une attestation certifiant que ces directives anticipées sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée.

Nom, prénom et signature des 2 témoins
(Si le patient ne peut compléter lui-même ce document).

1 _____

2 _____

Inscrire la phrase dans le cadre : « Ce sont mes directives anticipées, je les ai écrites le (date) »
signer ici et parapher toutes les pages

Le / / à Maubeuge

J'ACCEPTERAIS DE VIVRE AVEC LES SEQUELLES SUIVANTES

UNE PARALYSIE (de tout ou partie de mon corps)

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐  Je ne sais pas ☐

UN COMA PERMANENT

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐  Je ne sais pas ☐

**ETAT NECESSITANT UNE TRACHÉOTOMIE DEFINITIVE
(TUBE DANS LA GORGE POUR RESPIRER)**

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐  Je ne sais pas ☐

**HANDICAP NE ME PERMETTANT PLUS DE
COMPRENDRE LE MONDE QUI M'ENTOURE**

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐  Je ne sais pas ☐

**NE PLUS JAMAIS POUVOIR BOIRE ET MANGER PAR LA
BOUCHE**

☒ Oui ☐ ☒ Non ☐  Je ne sais pas ☐

JE SOUHAITE QUE CE DOCUMENT SOIT CONSERVÉ

☐ Dans mon dossier médical à l'hôpital

☐ Par moi-même

☐ Par mon médecin traitant ou une personne de mon choix dont les coordonnées sont les suivantes :

Nom et prénom : _____

N° de téléphone : _____

Date et signature de la personne désignée : _____
