

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer**. Mes volontés sont les suivantes :

1. 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. A 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.

⇒ **Si ces soins apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie**, j'indique 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
- Autre :

⇒ Si ces soins apparaissant **inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie** ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés, notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer)..... J'accepte l'arrêt Je refuse l'arrêt
- Dialyse rénale..... J'accepte l'arrêt Je refuse l'arrêt
- Alimentation et hydratation artificielles..... J'accepte l'arrêt Je refuse l'arrêt
- Autre :

⇒ 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 :

.....
.....

Au sujet 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 :

.....
.....

Fait le à Signature :

