

**Formulaire de recueil
des directives anticipées
dans le cas d'une prise en charge
d'une maladie grave**

1. Identification

Je soussigné(e), **Nom de naissance*** : **Nom d'usage** :

** (ou d'adoption)*

Prénom (s) : **Date de naissance**/...../.....

Adresse :

Lieu de naissance.....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle, j'ai l'autorisation du juge ou du conseil de famille : oui non

(si oui, veuillez joindre la copie de l'autorisation)

Enonce ci-dessous mes directives anticipées, conformément à l'article L1111-11 du code de la santé publique et dans le cadre de la loi dite Léonetti, pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté et que mon état de santé pourrait nécessiter des traitements particuliers.

Ces directives seront prises en considération par le médecin, à l'issue d'une procédure collégiale, avant toute décision de limiter ou d'arrêter les traitements qui s'avéreraient inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de ma vie. Seules les volontés de nature médicale constitueront des directives obligatoires pour les médecins.

Les présentes directives anticipées sont valables sans limite de temps et peuvent être modifiées ou révoquées à tout moment.

Vous avez le choix d'énoncer vos directives anticipées :

- à l'aide du tableau guide (page 2, §3) et d'utiliser la partie zone de texte de libre ci dessous pour apporter des précisions si nécessaire

OU

- de vous servir exclusivement de la zone de texte libre ci-dessous.

2. Zone de texte libre

Formulaire de recueil des directives anticipées dans le cas d'une prise en charge d'une maladie grave

3. Tableau guide

<u>Je décide d'accepter les actes suivants :</u>	oui	non	pas d'avis
▪ Respiration artificielle par trachéotomie			
Une machine remplace ou aide ma respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je suis déjà porteur d'un tel dispositif, je désire qu'il soit arrêté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Réanimation cardio-respiratoire			
Ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Alimentation artificielle			
Par sonde placée dans le tube digestif ou par perfusion intraveineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je suis déjà porteur d'un tel dispositif, je désire qu'il soit arrêté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Réhydratation artificielle			
Par sonde placée dans le tube digestif ou par perfusion intraveineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je suis déjà porteur d'un tel dispositif, je désire qu'il soit arrêté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Rein artificiel			
Une machine remplace l'activité de mes reins (hémodialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je suis déjà porteur d'un tel dispositif, je désire qu'il soit arrêté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Transfert vers un service de réanimation			
▪ Transfusion de produits sanguins			
Si c'est déjà le cas, je désire que cela soit arrêté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Antibiotiques			
▪ Chimiothérapie			
▪ Radiothérapie			
▪ Intervention chirurgicale			
▪ Autres traitements visant à prolonger ma survie			
Je préfère :			
▪ Rester à domicile, autant que possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Etre hospitalisé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je demande :			
▪ La mise en œuvre de tous les moyens nécessaires à la préservation de mon confort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ En particulier, à 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 à pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. **Date de rédaction des directives anticipées:**/...../.....

Signature du patient :

Formulaire de recueil des directives anticipées dans le cas d'une prise en charge d'une maladie grave

5. Localisation des directives anticipées. Mes directives sont * (*Cocher les cases correspondantes):

- conservées au CHU de Limoges
- conservées chez moi à l'adresse actuelle.....
- remises à :

Nom	Prénom	Qualité (médecin, personne de confiance, amis, famille...)	Adresse	Téléphone

6. En cas d'impossibilité d'écrire et de signer :

Bien qu'en état d'exprimer ma volonté, je suis dans l'impossibilité d'écrire et de signer moi-même les présentes directives anticipées. Les deux témoins ci-dessous attestent que ce document est l'expression de ma volonté libre et éclairée.

Identité du 1^{er} témoin :

(Personne de confiance si désignée)

Je soussigné(e),
 Nom de naissance :
 (ou d'adoption)
 Nom d'usage :
 (nom d'épouse par ex)
 Prénom(s).....
 Qualité :
 Adresse :

 N° de téléphone :
 Atteste que les directives anticipées en date du.....
 relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée
 de M/Mme.....
 Date :
 Signature :

Identité du 2nd témoin :

Je soussigné(e),
 Nom de naissance :
 (ou d'adoption)
 Nom d'usage :
 (nom d'épouse par ex)
 Prénom(s).....
 Qualité :
 Adresse :

 N° de téléphone :
 Atteste que les directives anticipées en date du.....
 relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée
 de M/Mme.....
 Date :
 Signature :

7. En cas de révocation des directives anticipées, merci de bien vouloir l'indiquer ci-dessous en complétant le tableau relatif à votre demande :

Révocation de mes directives anticipées :	
Je révoque mes directives anticipées.	
Date :	Signature du patient ou des 2 témoins :

Formulaire de recueil des directives anticipées dans le cas d'une prise en charge d'une maladie grave

8. Certificat à la demande du patient (FACULTATIF)

A la demande du patient le médecin peut attester que l'auteur des directives anticipées est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.

Je soussignée Docteur.....
constate que Monsieur, Madame* (*Rayer la mention inutile)

Nom de naissance.....Nom d'usage:
(ou d'adoption) (nom d'épouse par exemple)

Prénom (s) :

A exprimé librement sa volonté, après avoir pris connaissance de toutes les informations appropriées.

Date :

Signature :

9. Nombre de pages totales du document :

4 pages numérotées +..... Pages (y compris copies des pièces d'identité des témoins s'il y a lieu)

Toutes les pages de ce documents sont à rassembler et conserver dans le dossier médical du patient (y compris les feuilles complémentaires et les copies des pièces d'identité des témoins s'il y a lieu)