

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)