

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

Etiquette Patient

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 Claeys-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, 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 directives pourront donner lieu à une procédure collégiale si nécessaire.

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

2. Mes directives concernant les décisions médicales

Voici les limites que je veux fixer pour les actes médicaux et les traitements, s'ils n'ont d'autre but que de prolonger ma vie artificiellement, sans récupération possible :

- Concernant la mise en œuvre d'une réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire :

- Concernant les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie dans les conditions que je ne souhaiterais pas (par exemple tube pour respirer, ou assistance respiratoire, dialyse chronique, interventions médicales ou chirurgicales...):

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

Etiquette Patient

- Concernant une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie, par exemple en cas d'état végétatif chronique (simple maintien d'un fonctionnement autonome de la respiration et de la circulation) :

- Je souhaite évoquer d'autres situations (comme par exemple la poursuite ou l'arrêt de traitements ou d'actes pour ma maladie) :

- J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes...) sachant que **les soins de confort me seront toujours administrés**:

Zone de texte libre

3. 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

Etiquette Patient

4. 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

5. 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 2^{ème} 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 :

6. En cas de révocation des directives anticipées, merci de bien vouloir l'indiquer ci-dessous

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**

Etiquette Patient

7. Nombre de pages totales du document :

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

Toutes les pages de ce document 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.