Ardevie
CSSR Les Glamots

Etiquette patient

FORMULAIRE DES DIRECTIVES ANTICIPEES

Article L.1111-11 du Code de la Santé Publique
Ordonnance n°2020-232 du 11 mars 2020 – art 5
Formulaire à remettre au médecin ou à l'infirmier(ère)

JE, SOUSSIGNE(E), ❑M. ❑Mme Prénom……

Nom de naissance……Nom usuel……

Date de naissance……/……/……Lieu de naissance……
Adresse : ……
……

Je suis sous mesure de tutelle avec représentation à la personne ❑ oui ❑ non,

Directives anticipées : Il s'agit de rédiger **mes volontés par écrit sur les décisions médicales** à prendre sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés, en situation de fin de vie, si je ne suis pas en état de m'exprimer.

☐ **J'ai déjà rédigé mes directives anticipées**
→j'ai remis un exemplaire à l'équipe soignante qui me prend en charge ❑oui ❑non
→ Qui détient mes directives anticipées ?
❑ ma personne de confiance ❑ mon médecin traitant ❑ Mon espace Santé ❑ autre (à préciser) ……

☐ **Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées**

☐ **Je rédige mes directives anticipées, mes choix sont les suivantes* :**

1° à propos des **situations** dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral…). 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
…… ……

…… ……

2° à 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.

- J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :
  - Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : ……
  - Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : ……
  - Une intervention chirurgicale : ……
  - Autre : ……
- Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :
  - Assistance respiratoire (tube pour respirer) : ……
  - Dialyse rénale : ……
  - Alimentation et hydratation artificielles :……
  - Autre: …… ……
- Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus notamment 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 :

……

……

Etiquette patient

3° à propos 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 du (de la) patient(e) :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 : Je soussigné(e)
Nom et prénoms :.....
Qualité :.....
atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre
et éclairée de M. ou Mme.....

Fait le ..... à .....

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)
Nom et prénoms :.....
Qualité :.....
atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre
et éclairée de M. ou Mme.....

Fait le ..... à .....

Signature

Annulation ou modification de mes directives anticipées

☐ Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

☐ Ou : **déclarer annuler mes directives anticipées datées du** ……

Fait le ..... à .....

Signature du patient