



PROPOSITION DE TRAME DE RÉDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Ce document se veut être une trame permettant d'échanger, de réfléchir et d'envisager les choix les plus fréquents dans le cadre de la maladie grave. Il offre des possibilités de formulations, qui n'ont qu'une valeur d'exemples.

Chaque personne doit pouvoir écrire librement ses volontés et s'affranchir des « cases » qui ne reflètent en rien de la réalité, la diversité et la complexité de chaque situation particulière.

Faites-nous part de vos remarques !

Plateforme territoriale

APPUI SANTE NORD FINISTERE



253, rue Jean Jaurès 29200 BREST



02.98.98.28.23.53



02.98.33.87.59

Les bureaux sont ouverts du lundi au vendredi



contact@appuisante.fr



www.appuisante.fr

Je soussigné(e)

né(e) le

demeurant

atteste que je suis pleinement en état d'exprimer ma volonté et qu'il m'a été délivré toutes les informations nécessaires à ma prise de décision.

Je déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure.

J'énonce, ci-dessous, mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté.

Si je suis atteint d'une affection incurable qu'elle qu'en soit la cause, ou victime d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés mentales, ou me plongeant dans un coma, un état végétatif ou pauci-relationnel chronique :

Je demande aux équipes médicales de tout mettre en œuvre pour :

que l'on soulage efficacement mes douleurs physiques et ma souffrance morale, et que je sois maintenu aussi à l'aise et à l'abri du mal que possible, même si cela a pour effet secondaire possible d'abrèger ma vie.

qu'on n'entreprenne, ni ne poursuive des actes d'investigation ou de traitement qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie. (y compris l'alimentation et l'hydratation artificielle).

Parallèlement, je leur demande également d'accompagner et d'entourer mes proches.

Après m'être entretenu avec mon médecin traitant (ou l'un des médecins spécialistes me donnant leurs soins) sur les complications médicales pouvant survenir dans le cadre de mes problèmes de santé, notamment en ce qui concerne les situations suivantes, je souhaite :

Situations	Souhaits	OUI / NON / NE SAIT PAS
En cas de fausses routes alimentaires et/ou d'impossibilité de me nourrir suffisamment par voie orale	Je veux garder le plaisir d'une alimentation orale, même si cela peut me mettre en danger.	
	Si une alimentation artificielle a été entamée, je veux qu'elle soit arrêtée, si cela constitue le principal traitement pour me maintenir en vie.	
	Je ne veux pas recevoir d'alimentation artificielle	
	Mes souhaits pour recevoir une nutrition : <input type="checkbox"/> Sonde de gastrostomie <input type="checkbox"/> Sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> Perfusion IV périphérique ou CIP ou Picc-Line <input type="checkbox"/> Autre :	

Situations	Souhaits	OUI/ NON NE SAIT PAS
en cas de gêne respiratoire	Je veux recevoir une intubation et/ou une trachéotomie si mes médecins l'estiment meilleure(s) pour moi.	
	Si un traitement de survie a été entamé, sans résultat, dans le cadre de l'urgence, je veux qu'il soit arrêté.	
	Je ne veux subir en aucun cas une intubation, ni trachéotomie, si cela devait être irréversible.	
	Autres souhaits d'aide respiratoire possibles : <input type="checkbox"/> Ventilation non invasive <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie	
en cas d'arrêt cardiaque	Je veux recevoir une réanimation (massage cardiaque, et/ou choc électrique, ...) si mes médecins l'estiment meilleure pour moi.	
	Si un traitement de survie a été entamé, sans résultat, dans le cadre de l'urgence, je veux qu'il soit arrêté.	
	Je ne veux recevoir aucune réanimation (massage cardiaque, choc électrique, ...).	
	Autres souhaits : <input type="checkbox"/> Pontage coronarien	
Autres soins actifs	<input type="checkbox"/> Opération chirurgicale	
	<input type="checkbox"/> Transfusion sanguine	
	<input type="checkbox"/> Dialyse rénale	
	<input type="checkbox"/> Radiothérapie anticancéreuse	
	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie anticancéreuse	
	Autre :	

Autres instructions

.....
.....
.....

Je confie mes directives anticipées à :

Date :

Signature :

Signature de vos témoins

Lorsque l'auteur de directives anticipées, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance, lorsqu'elle est désignée en application de l'article L 1111-6, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

J'affirme que cette directive anticipée est l'expression de la volonté libre et éclairée, de la personne qu'elle nomme, que celle-ci l'a reconnue en ma présence et qu'elle ne semble agir sous aucune pression, contrainte, fraude ou influence indue.

Témoin n°1

Nom

Prénom

Qualité :

Signature :

Témoin n°2

Nom

Prénom

Qualité :

Signature :

TEXTE LIBRE

Modifications / Précisions concernant de mes directives anticipées :
(écrite(s) d'une autre couleur sur le feuillet d'origine)

Document modifié le :

Fait à

Signature :

Annulation de mes directives anticipées (commentaires):

Document annulé le :

Fait à

Signature :

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné

NOM.....

Prénom,

Docteur en médecine, atteste et constate que :

NOM.....

Prénom,

Né(e) le.....

demeurant :

est en capacité d'exprimer librement sa volonté, après avoir pris connaissance de toutes les informations appropriées, à la date de ce jour.

Date :

Signature du médecin :

Cachet professionnel