

Si vous êtes dans l'impossibilité de rédiger ce document et de signer, vous pouvez faire attester par deux témoins, que ce document relate bien l'expression de votre volonté libre et éclairée.

Si une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique, l'autorisation du juge ou du conseil de famille doit être joint à ce document.

Attestation en cas de recours à deux témoins par le patient

Je, soussigné (e),

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Qualité :

Atteste que les directives anticipées en date du

relate bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M / Mme :

Date :

Signature :

Je, soussigné (e),

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Qualité :

Atteste que les directives anticipées en date du

relate bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M / Mme :

Date :

Signature :

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelé «**Directives Anticipées**» afin de préciser ses souhaits en cas d'accident ou de maladie grave .

Code de la Santé Publique : Articles L 1111-4, L 1111-11 & L 1111-13
Articles R 1111-17 à R 1111-20 - Articles R 1112-2 & 4127-37



À QUOI SERVENT LES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

Si, en fin de vie, vous n'êtes pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître **vos souhaits concernant la possibilité de poursuivre ou de limiter des traitements.**

Vous pouvez aussi déclarer une Personne de confiance qui pourra transmettre vos volontés au médecin en cas de besoin.

COMMENT RÉDIGER VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

- Vous devez être majeur.
Vous devez être en état d'exprimer votre volonté et libre et éclairée au moment de la rédaction
- Vous devez **écrire vous-même** vos directives. Elles doivent être datées et signées et vous devez préciser vos noms, prénoms, date et lieu de naissance.

Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à 2 témoins (dont une personne de confiance, si vous l'avez désignée). Le document sera écrit par un des 2 témoins ou par un tiers. Les témoins en indiquant leur nom et qualité (ex : lien de parenté, personne de confiance, médecin traitant...) attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée.



- les directives anticipées sont valables sans limite dans le temps
- Vous pouvez mettre dans vos directives ce que vous souhaitez comme prise en charge dans le cas d'une fin de vie (*ex : qualité de vie, dignité, acceptation ou refus d'un traitement, respect de la demande de non acharnement thérapeutique, soins de confort...*), et votre refus de don d'organes.

POUVEZ-VOUS CHANGER D'AVIS APRÈS AVOIR RÉDIGÉ VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

Vous pouvez modifier totalement ou partiellement ou annuler vos directives anticipées à tout moment. Dans ce cas, il est nécessaire de le faire par écrit et d'en informer vos proches et votre personne de confiance si vous l'avez désignée. Si vous ne pouvez pas écrire, l'annulation ou la modification s'effectuent selon le même procédé que pour la rédaction

COMMENT FAIRE POUR VOUS ASSURER QUE VOS DIRECTIVES SERONT PRISES EN COMPTE ?

Il est important que vous preniez toutes les mesures pour que les médecins puissent en prendre connaissance facilement.

Pour faciliter les démarches, vous pouvez:

- remettre vos directives à votre médecin traitant,
- en cas d'hospitalisation, informer le médecin hospitalier de la personne qui détient vos directives ou les remettre au médecin hospitalier qui les conservera dans le dossier médical. Le moment voulu, elles seront adaptées et respectées en fonction de votre état clinique.

QUE RECOMMANDE LA LOI ?

Le médecin doit autant que possible rechercher et respecter la volonté du malade. Il n'a pas le droit de poursuivre ou mettre en place des traitements disproportionnés ou qui ont pour seul but le maintien artificiel de la vie. En cas d'incurabilité, il a l'obligation de traiter tout symptôme d'inconfort jusqu'au décès naturel du patient.

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je, soussigné (e),

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

Tél :

Mes souhaits relatifs à ma fin de vie dans l'hypothèse où je suis hors d'état d'exprimer ma volonté.

- je me sais atteint.e d'une maladie chronique ou grave
- Je veux bénéficier de tous les traitements possibles même si les médecins ne sont pas sûrs que je pourrai un jour vivre sans ou que je risque de lourdes séquelles.
- Je ne veux pas de traitement qui prolongent ma vie si les médecins ne sont pas sûrs que je puisse un jour vivre sans, ou si je risque d'être lourdement handicapé.
- Si je bénéficie déjà de traitements qui me maintiennent en vie au moment où mes directives anticipées sont consultées mais que mon état est irréversible ou que je risque de lourdes séquelles, je souhaite :
 - Poursuivre ces traitements
 - Les limiter
 - Les arrêter

Je précise ce que je redoute plus que tout :

.....

.....

J'indique d'autres informations importantes sur mes convictions personnelles :

.....

.....

.....

Personne de confiance :

Date :

Signature :