

**Formulaire de rédaction des directives anticipées
Modèle A**

- **Je suis atteint d'une maladie grave**
- **Je pense être proche de la fin de ma vie**

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1°) à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

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 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 :

.....

.....

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

Mes directives anticipées ont une durée de validité illimitée.
J'ai la possibilité, à tout moment, de les modifier partiellement ou totalement, ou bien de les révoquer.

Je m'engage à conserver mes directives anticipées dans un lieu aisément accessible par le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement(s) dans le cadre de ma fin de vie. (Par exemple : dans mon dossier médical partagé, mon dossier médical tenu par mon médecin traitant et/ou auprès de ma personne de confiance, ou bien auprès d'un membre de ma famille ou d'un proche.)

Je m'engage également à transmettre une copie de mes directives anticipées lors de mon admission dans un établissement de santé ou médico-social.

**Formulaire de rédaction des directives anticipées
Modèle B**

- **Je pense être en bonne santé**
- **Je ne suis pas atteint d'une maladie grave**

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1°) à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

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 de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....

.....

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

Mes directives anticipées ont une durée de validité illimitée.

J'ai la possibilité, à tout moment, de les modifier partiellement ou totalement, ou bien de les révoquer.

Je m'engage à conserver mes directives anticipées dans un lieu aisément accessible par le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement(s) dans le cadre de ma fin de vie.
(Par exemple : dans mon dossier médical partagé, mon dossier médical tenu par mon médecin traitant et/ou auprès de ma personne de confiance, ou bien auprès d'un membre de ma famille ou d'un proche.)

Je m'engage également à transmettre une copie de mes directives anticipées lors de mon admission dans un établissement de santé ou médico-social.