

Collez ici l'étiquette patient

Je soussigné,

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénom(s) :

Né(e) le :/...../..... **à :**

Domicilié(e) à :

.....

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.**

Si je bénéficie d'une mesure de protection juridique :

- J'ai l'autorisation du Juge des tutelles : ☐ Oui ☐ Non
- J'ai l'autorisation du Conseil de famille : ☐ Oui ☐ Non

Je joins à ce document la copie de l'autorisation.

Mes volontés sont les suivantes :

1. Je me positionne pour ou contre chaque situation décrite ci-dessous :

- Maintien en vie, artificiel et prolongé : ☐ Oui ☐ Non
- Réanimation (gestes d'urgence pour éviter un risque de décès immédiat) :
☐ Oui ☐ Non
- En cas d'intubation mise en place (tube dans la gorge, relié à un appareil pour respirer), j'accepte qu'elle soit prolongée : ☐ Oui ☐ Non
- Alimentation et hydratation artificielles :
 - Alimentation par perfusion : ☐ Oui ☐ Non
 - Alimentation par sonde nasogastrique : ☐ Oui ☐ Non
 - Alimentation par gastrostomie (sonde dans l'abdomen) : ☐ Oui ☐ Non

- Intervention chirurgicale en urgence : ☐ Oui ☐ Non
- Dialyse rénale (quand les reins ne fonctionnent plus, raccordement répété à une machine pour épurer le sang) : ☐ Oui ☐ Non
- Transfert hospitalier vers le CHU de Besançon ou l'hôpital de Pontarlier (incluant un passage aux urgences) : ☐ Oui ☐ Non

2. 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 : ☐ Oui ☐ Non

Document rédigé par moi-même, ou, si je suis dans l'incapacité de le rédiger, par un tiers accompagné de 2 témoins (dont l'un peut être ma personne de confiance si je l'ai désignée).

Signature du patient / résident :

Fait le :/...../.....

à :

Je note que 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.

Cas particulier : patient dans l'impossibilité d'écrire

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) ce formulaire de recueil,
deux personnes peuvent attester ci-dessous que l'expression de votre volonté :
remplir la page 3 de ce formulaire.

**Si le patient / résident est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même ses
directives anticipées :**

Signatures des témoins :

Témoin 1 :

Je soussigné(e) :

.....
atteste que les directives anticipées rédigées ci-
avant sont bien l'expression de la volonté libre et
éclairée de M. ou Mme :

.....

Signature Témoin 1 :

*Dans le cas où le patient /résident est dans
l'impossibilité d'écrire et/ou de signer lui-
même*

Témoin 2 :

Je soussigné(e) :

.....
atteste que les directives anticipées rédigées ci-
avant sont bien l'expression de la volonté libre et
éclairée de M. ou Mme :

.....

Signature Témoin 2 :

*Dans le cas où le patient /résident est dans
l'impossibilité d'écrire et/ou de signer lui-
même*

Les données personnelles recueillies via ce formulaire sont traitées par le CH Saint-Louis, 5 rue des vergers – 25290 Ornans afin d'assurer la gestion de votre prise en charge sanitaire, administrative et sociale, le suivi de votre dossier, ainsi que le respect des obligations légales auxquelles l'établissement est soumis. Conformément au RGPD, vous disposez de droits sur vos données (accès, rectification, effacement, limitation et opposition) et pouvez les exercer auprès du Délégué à la Protection des Données de l'établissement via DPO@chi-hc.fr.