



Clinique du Pays de Rance

Dinan

Directives Anticipées

Mon identité

BÉNÉFICIAIRES DES SOINS

(informations issues de votre carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour)

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Sexe : Féminin Masculin

Nom d'usage : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Ville de naissance : _____

Pays : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil :

J'ai l'autorisation du juge : OUI NON

Du conseil de famille : OUI NON

Veillez joindre la copie de l'autorisation.

Directives anticipées

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger des directives anticipées pour le cas où, en fin de vie, elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent les souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement. Elles seront consultées préalablement à la décision médicale. Leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical.

La rédaction est volontaire et non obligatoire. Elle repose sur une réflexion et doit être la plus précise possible. Les professionnels de l'établissement se tiennent à votre disposition pour vous accompagner et répondre à vos interrogations.

En fonction de votre situation et de votre vécu, vous pouvez être amené à vous interroger et à vous exprimer avec l'aide des professionnels de santé sur vos préférences en lien avec les soins relatifs à votre fin de vie.

Par exemple, vous pouvez aborder avec votre médecin traitant, ou l'équipe médicale vous prenant en charge, les traitements en cours et/ou les traitements qui pourraient vous être proposés :

- maintien ou refus de certains traitements
- maintien ou refus de l'intervention chirurgicale
- maintien ou refus de l'alimentation et l'hydratation artificielles
- maintien ou refus des mesures de réanimation (dont intubation, trachéotomie)
- choix de la sédation profonde et continue jusqu'au décès (voir encadré ci-après)
- etc.

> SOUHAITEZ-VOUS RÉDIGER DES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

- J'ai pris connaissance de la possibilité de rédiger des directives anticipées et ne souhaite pas en rédiger
- J'ai rédigé mes directives anticipées, je les transmets à l'équipe soignante le jour de mon admission
- J'ai rédigé mes directives anticipées et les ai remises à la personne de mon choix

Formulaire des directives anticipées

MODÈLE A :

- JE PENSE ÊTRE EN BONNE SANTÉ
- JE NE SUIS PAS ATTEINT D'UNE MALADIE GRAVE

Je rédige les présentes directives anticipées pour la 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 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 :

Vous pouvez modifier ou annuler vos directives anticipées à tout moment et en rédiger de nouvelles. Demandez à votre médecin ou à l'établissement de détruire les précédentes. Seul le document le plus récent fait foi.

Fait à : _____ **Le :** _____

Signature du patient :

Formulaire des directives anticipées

MODÈLE B:

- JE SUIS ATTEINT D'UNE MALADIE GRAVE
- JE PENSE ÊTRE PROCHE DE LA FIN DE MA VIE

Je rédige les présentes directives anticipées pour la 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 com 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 corp sur un appareil à dialyse rénale :

- Une intervention chirurgicale :

- Autre :

Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) :

- Dialyse rénale :

- Alimentation et hydratation artificielle :

- Autre :

Enfin si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenu 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 à : _____ **Le :** _____

Signature du patient :

Formulaire des directives anticipées

CAS PARTICULIER

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 à : _____ Le : _____

Signature :

Témoign 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 à : _____ **Le :** _____

Signature :

MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

- 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 : Déclare annuler mes directives anticipées datées du : _____

Fait à : _____ **Le :** _____

Signature du patient :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier décrit précédemment.

**INFORMATIONS OU SOUHAITS
QUE JE VEUX EXPRIMER EN DEHORS DE MES DIRECTIVES
ANTICIPÉES FIGURANT PRÉCÉDEMMENT**

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles précédent, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours),

Je les écris ici :

Fait à : _____ **Le :** _____

Signature du patient :