

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Avec qui en parler ?



Professionnel de santé



Personne de confiance, proches ou famille



Médecin traitant ou hospitalier

Informations à mentionner



Actes et traitements contribuant au maintien de la vie



Vos attentes et vos craintes



Votre situation personnelle



Grands principes

Et après, où les conserver ?



Chez vous (en précisant l'endroit)



Confiez-les à un proche



Chez votre médecin ou à l'hôpital



Enregistrez-les sur [votre espace santé](#)

*Il est **important** qu'elles soient **facilement accessibles***

Qu'est-ce que c'est ?

Ce sont des **instructions écrites** (manuscrites ou dactylographiées) permettant à toute personne majeure d'exprimer sa volonté et ses souhaits relatifs à sa fin de vie. Elles sont révisables et révocables à tout moment.



Loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016

A quoi ça sert ?

Elles permettent de s'exprimer concernant les conditions de : la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitement ou d'acte médicaux après un accident, du fait d'une maladie grave ou au moment de votre fin de vie. Les directives anticipées s'imposent aux soignants sauf dans deux cas précis :

- En cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation.
- lorsque les directives anticipées apparaissent inappropriées ou non conformes à la situation médicale



Explications service public.fr

Comment les rédiger ?

Vous pouvez utiliser ce formulaire ou celui de la HAS, un simple papier daté et signé peut également suffire. N'hésitez pas à solliciter un médecin pour vous accompagner dans cette réflexion



Modèle de formulaire HAS

● Mon identité

Nom et Prénom(s) :

Né(e) le : à

Domicilié(e) à

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du chapitre II du titre XI du livre 1er du code civil :

- J'ai l'autorisation du juge : oui non
- Du conseil de famille : oui non

Veillez joindre la copie de l'autorisation

● Mes directives anticipées

Mes volontés au cas où je ne serai plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie, sont les suivantes :



Ce qui est important pour moi, pour ma vie, ce qui a de la valeur pour moi (par exemple : être entouré de mes proches, mes convictions personnelles ou religieuses, je prends mes décisions moi-même ou avec mes proches, etc.) :

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



Je souhaite m'exprimer concernant les traitements et les actes dont le seul effet est de prolonger ma vie (par exemple : tube pour respirer, dialyse, intervention chirurgicale, etc.) :

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



Je souhaite m'exprimer concernant la mise en œuvre d'une réanimation cardio-respiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire :

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

Je souhaite m'exprimer concernant une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie (par exemple : perfusion, sonde d'alimentation dans le nez ou directement dans l'estomac, etc.) :



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



En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique 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 :

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



Je précise ici ce que je ne veux vraiment pas ou mes autres souhaits :

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

Fait à : le

Signature :

Santé BD.org



Etant dans l'incapacité physique d'écrire seul(e) mes directives anticipées :

Témoïn 1 : Je soussigné(e), agissant en qualité de atteste que les directives anticipées décrites ci-dessus sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Fait à : le Signature :

Témoïn 2 : Je soussigné(e), agissant en qualité de atteste que les directives anticipées décrites ci-dessus sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Fait à : le Signature :