

Formulaire pour rédiger des directives anticipées

(Conformément à l'arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique. Les directives anticipées ont une durée illimitée et peuvent être à tout moment modifiées ou annulées.)

Nom et prénom

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

Je déclare rédiger mes directives anticipées en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés.

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection incurable quelle qu'en soit la cause ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés :

I. Je souhaite que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et ou je ne pourrais plus communiquer avec mes proches.

- Oui Non

II. A 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, les actes et les traitements médicaux peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils n'ont pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie (art. L 1110-5 du code de la santé publique).

J'indique donc ici, si je refuse qu'ils soient poursuivis ou entrepris notamment :

- L'alimentation et l'hydratation artificielles
- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer)
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale
- Une intervention chirurgicale

Autre

.....

.....

Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (physique, psychologique) même si cela a pour effet d'abrégé ma vie :

- Oui Non

- 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 je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

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

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

- Je souhaite Je ne souhaite pas
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 qui a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès.

Fait le à

Signature :

- Directives anticipées modifiées le.....
 CAS PARTICULIER : Si vous êtes dans l'incapacité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées. Un tiers peut le faire pour vous devant deux personnes désignées ci-dessous (dont la personne de confiance si vous l'avez désignée).

Les deux témoins attestent que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Monsieur ou Madame Nom Prénom

Témoin 1 :

Nom et prénom Qualité

Fait le à

Signature

Témoin 2 :

Nom et prénom Qualité

Fait le à

Signature

Document validé en Commission des Usagers le 03 mars 2021.



**HÔPITAL PRIVÉ
DES CÔTES D'ARMOR**
GROUPE **vyv**

Hôpital Privé des Côtes d'Armor
10 rue François Jacob / 22190 Plérin
Tél. : 02 57 24 02 00
Mail : contact.hpca@hospigrandouest.fr
www.hopitalprive22.fr