

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e) (Nom, prénom).....

Date de naissance..... à.....

Je rédige mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

Je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements suivants à entreprendre ou à poursuivre

	oui	non	ne sais pas
Respiration artificielle (une machine qui remplace ou aide ma respiration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intubation/trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilation par masque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réanimation cardio-respiratoire (en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation artificielle (une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydratation artificielle (par une sonde placée dans Le tube digestif)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydratation artificielle (par perfusion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rein artificiel (une machine remplace l'activité de mes reins, le plus souvent l'hémodialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert en réanimation (si mon état le requiert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusion sanguine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie anticancéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimiothérapie anticancéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen diagnostique lourd et /ou douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je demande à bénéficier de la 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 : (cocher)

oui non ne sais pas

Autres souhaits en texte libre :

.....

.....

.....

Fait à..... Le.....

Signature



Tournez la page ↻

I Le patient est dans l'impossibilité de rédiger Lui-même ses directives anticipées, tes 2 témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est L'expression de sa volonté libre et éclairé.

1^{er} témoin :

NOM-Prénom :

Qualité :

Fait à..... Le..... |..... |.....

Signature



2^{eme} témoin :

NOM-Prénom :

Qualité :

Fait à..... Le..... |..... |.....

Signature



I Conservation

Je confie mes directives anticipées à :

Je conserve mes directives anticipées : *(Indiquer l'endroit)*.....

Fait à..... Le..... |..... |.....

Signature



Directives anticipées modifiées le :

(Seul le document le plus récent fait foi)