



LIVRET DIRECTIVES ANTICIPEES

Directives anticipées

La loi du 22 avril 2005, dite loi Leonetti, relative aux droits des malades et à la fin de vie permet à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées.

Définitions

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne, par avance, une personne majeure consciente, dans le cas où elle serait un jour dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie, et en particulier :

- Limiter ou arrêter les traitements en cours
- Etre transféré en réanimation si l'état de santé le requiert
- Etre mis sous respiration artificielle
- Subir une intervention chirurgicale
- Etre soulagé de ses souffrances même si cela a pour effet de mener au décès

Elles constituent un document essentiel pour l'aide éclairée à la prise de décision médicale à ce moment là. Elles s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, excepté dans 2 cas :

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

Comment la rédiger

Il s'agit d'un document écrit, daté et signé. Votre identité doit être clairement indiquée.

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire vous-même ce document, vous pouvez demander à deux témoins (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée) d'attester que le document que vous n'avez pas pu rédiger vous-même, est l'expression de votre volonté libre et éclairée.

Les témoins devront indiquer leurs noms et qualités.

Cette attestation devra être jointe aux directives anticipées.

Durée de validité

Les directives anticipées ont une durée illimitée.

Conservation

Les directives pourront être conservées :

- dans votre dossier médical chez votre médecin traitant, et/ou à l'hôpital, et/ou lieu d'hébergement.
- à votre domicile
- au domicile de votre personne de confiance, d'un membre de votre famille et /ou d'un proche.

Si vous en avez déjà rédigées, merci de nous en informer et de nous mentionner le nom de la personne qui détient la dernière version.

Les équipes médico- soignantes du Centre Hospitalier de La Souterraine sont à votre disposition pour toute information et /ou aide à la rédaction.

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Modifiables et révocables à tout moment

Je soussigné(e) Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Né(e) le à

Adresse

.....



Je fais l'objet d'une mesure de mise sous protection juridique, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation :

Du Juge : ☐ Oui ☐ Non

Du Conseil de Famille : ☐ Oui ☐ Non

Enonce ci-dessous mes directives anticipées, conformément à l'article L1111-11 du code de la santé publique et dans le cadre de la loi dite Léonetti, pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté et que mon état de santé pourrait nécessiter des traitements particuliers.

Ces directives seront prises en considération par le médecin, à l'issue d'une procédure collégiale, avant toute décision de limiter ou d'arrêter les traitements qui s'avèreraient inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de ma vie. Seules les volontés de nature médicale constitueront des directives obligatoires pour les médecins.

Les présentes directives anticipées sont valables sans limite de temps et peuvent être modifiées ou révoquées à tout moment.

Formulaire de recueil des directives anticipées

Tableau guide

<u>Je décide d'accepter les actes suivants :</u>	Oui	Non	Pas d'avis
• Respiration artificielle par trachéotomie			
Une machine remplace ou aide ma respiration	☐	☐	☐
Si je suis porteur d'un tel dispositif, je désire qu'il soit arrêté	☐	☐	☐
• Réanimation cardio-respiratoire			
Ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique	☐	☐	☐
• Alimentation artificielle			
Par sonde placée dans le tube digestif ou par perfusion intraveineuse	☐	☐	☐
Si je suis déjà porteur d'un tel dispositif, je désire qu'il soit arrêté	☐	☐	☐
• Réhydratation artificielle			
Par sonde placée dans le tube digestif ou par perfusion intraveineuse	☐	☐	☐
Si je suis déjà porteur d'un tel dispositif, je désire qu'il soit arrêté	☐	☐	☐
• Rein artificiel			
Une machine remplace l'activité de mes reins (hémodialyse)	☐	☐	☐
Si je suis déjà porteur d'un tel dispositif, je désire qu'il soit arrêté	☐	☐	☐
• Transfert vers un service de réanimation	☐	☐	☐
• Transfusion de produits sanguins	☐	☐	☐
Si c'est déjà le cas, je désire que cela soit arrêté	☐	☐	☐
• Antibiotiques	☐	☐	☐
• Chimiothérapie	☐	☐	☐
• Radiothérapie	☐	☐	☐
• Intervention chirurgicale	☐	☐	☐
• Autres traitements visant à prolonger ma survie	☐	☐	☐
<u>Je préfère :</u>			
Rester à domicile, autant que possible	☐	☐	☐
Être hospitalisé(e)	☐	☐	☐
<u>Je demande :</u>			
La mise en œuvre de tous les moyens nécessaires à la préservation de mon confort	☐	☐	☐
En particulier, à 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 à pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès	☐	☐	☐

Date de rédaction des directives anticipées :

Fait à :

Signature du patient

MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES
--

Je soussigné(e)

Nom et Prénom :

- Déclare modifier mes directives anticipées de ce formulaire comme suit :

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

- Déclare annuler mes directives anticipées.
- Déclare renoncer à mes directives anticipées et déléguer à ma personne de confiance l'expression de mes souhaits et volontés.

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seule(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées décrites à la page précédente (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Fait à :

Le

Signature

Formulaire de recueil des directives anticipées

- **Localisation des directives anticipées** : Mes directives sont * (*cocher les cases correspondantes) :

- ☐ conservées au Centre Hospitalier de La Souterraine
- ☐ conservées chez moi à l'adresse actuelle
- ☐ remises à :

Nom	Prénom	Qualité (Médecin, personne de confiance, amis, famille...)	Adresse	Téléphone

- **En cas d'impossibilité d'écrire et de signer :**

Bien qu'en état d'exprimer ma volonté, je suis dans l'impossibilité d'écrire et de signer moi-même les présentes directives anticipées. Les deux témoins ci-dessous attestent que ce document est l'expression de ma volonté libre et éclairée.

Identité du 1^{er} témoin :

(Personne de confiance si désignée)

Je soussigné(e),
 Nom de naissance :
 (ou d'adoption)
 Nom d'usage :
 (nom d'épouse par ex)
 Prénom(s) :
 Qualité :
 Adresse :

 N° de téléphone :
 Atteste que les directives anticipées en date du relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M/Mme
 Date :
 Signature :

Identité du 2^{ème} témoin :

Je soussigné(e),
 Nom de naissance :
 (ou d'adoption)
 Nom d'usage :
 (nom d'épouse par ex)
 Prénom(s) :
 Qualité :
 Adresse :

 N° de téléphone :
 Atteste que les directives anticipées en date du relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M/Mme
 Date :
 Signature :

- **En cas de révocation des directives anticipées**, merci de bien vouloir l'indiquer ci-dessous en complétant le tableau relatif à votre demande :

Révocation de mes directives anticipées :	
Je révoque mes directives anticipées.	
Date :	Signature du patient ou des deux témoins :