

✦ Je, soussigné(e), rédige les présentes directives anticipées, en l'expression de ma volonté libre et éclairée.

NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE : /...../.....

Mes volontés sont les suivantes :

1. À propos des **situations** dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie) :

➤ J'indique ici si j'accepte 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 : oui non

2. À propos des **actes et des traitements médicaux** dont je pourrais faire l'objet :

NB : 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. (Article L1110-5 du Code de la Santé Publique)

➤ J'indique ici si j'accepte qu'il soit entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : oui non
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : oui non
- Une intervention chirurgicale : oui non
- Autres :

➤ Si ces actes ou traitement ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) : oui non
- Dialyse rénale : oui non
- Alimentation et hydratation artificielle : oui non
- Autres :

➤ Enfin si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes/traitement 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 :
.....

3. À propos de **la sédation profonde et continue** associée à un **traitement de la douleur** :

➤ En cas de souffrance intolérable et réfractaire à toutes les thérapeutiques proposées, et après discussion collégiale, une sédation profonde et continue, associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui vous endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à votre décès peut vous être proposée. Dans ces conditions seriez-vous prêt à l'accepter ? oui non

✦ Étant dans l'impossibilité de rédiger moi-même mes directives anticipées, **deux témoins** attestent, à ma demande, que ce document est l'expression de ma volonté libre et éclairée :

Nom :
Prénom :
Lien avec la personne :
 Atteste que ces directives anticipées sont l'expression de la volonté libre et éclairée de :
 Nom : Prénom :
Fait à : **Le** :/...../.....
Signature :

Nom :
Prénom :
Lien avec la personne :
 Atteste que ces directives anticipées sont l'expression de la volonté libre et éclairée de :
 Nom : Prénom :
Fait à : **Le** :/...../.....
Signature :