*Vous pouvez écrire ce qui vous semble personnellement important et/ou vous aider des formulations proposées ci-dessous.*

*Vous n’êtes, évidemment, nullement obligé(e) d’anticiper précisément toutes les situations. Demandez également à votre médecin de vous expliquer ce qui pourrait vous arriver, les traitements possibles, leurs efficacités et leurs risques. Si le document n’offre pas assez d’espace, vous pouvez joindre d’autres pages.*

**Nom de naissance :**

**Nom marital (le cas échéant) :**

**Prénoms :**

**Date et Lieu de naissance :**

**Domicilié(e) à :**

***Dans le cadre d’une mesure de tutelle****[[1]](#footnote-1) , je peux rédiger mes directives anticipées avec l’autorisation :*

🡪 du juge : Oui 🞏 Non 🞏

🡪 du conseil de famille : Oui 🞏 Non 🞏

# CONTEXTE

Je rédige les présentes directives anticipées, pour le cas où je ne serais plus en mesure d’exprimer mes souhaits et ma volonté sur ce qui est important à mes yeux, après un accident, du fait d’une maladie grave ou au moment de la fin de ma vie.

**Je souhaite exprimer ici mes convictions personnelles,** ce qui est important pour moi, pour ma vie, ce qui a de la valeur pour moi (convictions religieuses, ...), ce que je redoute plus que tout (souffrance, rejet, solitude, handicap...) :

**Je souhaite préciser ce qu’il me paraît important de faire connaitre concernant ma situation actuelle** (mon histoire médicale personnelle, mon état de santé actuel, ma situation familiale et sociale, ...) :

Dans le cas d’un accident grave, ou d’un évènement aigu (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, infarctus,..), ou d’une maladie grave, ou en fin de vie, je veux m’exprimer à propos des situations, dans lesquelles, je veux ou je ne veux pas, que l’on continue à me maintenir artificiellement en vie (état d’inconscience prolongé entraînant une perte de communication définitive avec les proches, sans récupération possible, …) et à propos des traitements ou procédés de suppléances de mes fonctions vitales, destinés à me maintenir artificiellement en vie.

**Voici les limites que je veux fixer pour les actes médicaux et les traitements,** s’ils n’ont d’autre but que de prolonger ma vie artificiellement, sans récupération possible :

* concernant la mise en œuvre d’une *réanimation cardiorespiratoire* en cas d’arrêt cardiaque et/ou respiratoire :
* concernant *les traitements*, dont le seul effet est de prolonger ma vie dans les conditions, que je ne souhaiterais pas (tube pour respirer ou assistance respiratoire, dialyse chronique, interventions médicales ou chirurgicales, …) :

* une *alimentation ou une hydratation par voies artificielles* pouvant prolonger ma vie, par exemple en cas d’état végétatif chronique (simple maintien d’un fonctionnement autonome de la respiration et de la circulation) :

**Je souhaite évoquer d’autres situations (comme par exemple la poursuite ou l’arrêt de traitements ou d’actes) :**

**J’ai enfin d’autres souhaits**, tels que l’accompagnement de ma famille, le choix du lieu où je souhaite finir ma vie, le choix de faire ou non un don d’organes [[2]](#footnote-2)(\*) sachant que les soins de confort me seront toujours administrés :

Fait à : Le :

Signature :

# LOCALISATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES

* **Formulaire conservé sur moi**: Oui 🞏 Non 🞏
* **Formulaire conservé chez moi** : Oui 🞏 Non 🞏
* si oui, préciser l’adresse :
* lieu de la conservation :
* **Remis à :**
* ma personne de confiance :
* autre(s) personne(s) *(Cf. tableau ci-dessous)*:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Qualité** (médecin, famille, amis...) | **Adresse** | **Téléphone** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l’impossibilité physique d’écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu’un peut le faire pour vous, devant deux personnes désignées ci-dessous (dont votre personne de confiance si vous l’avez désignée).

**Témoin 1** :

Je soussigné(e),

Nom et prénoms :

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l’expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme :

Fait à : Le :

Signature

**Témoin 2** :

Je soussigné(e),

Nom et prénoms :

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l’expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme :

Fait à : Le :

Signature

# MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e)

Nom :

Prénoms :

🞏 ***Déclare modifier mes directives anticipées rédigées dans 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 seul(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

1. Au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du Code civil [↑](#footnote-ref-1)
2. Le prélèvement d’organes est autorisé par la loi chez toute personne dont l’équipe médicale juge qu’il est possible, sauf si la personne exprime son refus ou si elle a inscrit son refus sur le Registre national des refus de dons d’organe ou encore si elle a écrit son refis sur un document (daté et signé avec nom, prénom, date et lieu de naissance) confié à un proche. (www.dondorganes.fr/medias/pdf/formulaire\_registre\_refusvf.pdf) [↑](#footnote-ref-2)