

Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 (Loi Léonetti) et décret n°2016-1067 du 03 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2016-87 du 02 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

QUI PEUT COMPLETER CE FORMULAIRE

- **Ce formulaire doit être complété et signé par le patient lui-même.**
- Si le patient ne peut ni écrire, ni signer lui-même, la famille peut :
 - Soit, cocher la case « Le patient n’est pas en capacité de compléter ce formulaire »
 - Soit, si le patient le souhaite, il peut faire appel à deux témoins - dont la personne de confiance, s’il en a désigné une - qui attesteront que le document exprime bien la volonté libre et éclairée de la personne en question.
Sur cette attestation doivent figurer leur nom, prénom et relation avec le patient (frère, enfant...). Cette attestation doit être jointe au formulaire.
- En l’absence de la famille, si le médecin confirme l’incapacité du patient à compléter le formulaire, la secrétaire cochera la case « Le patient n’est pas en capacité de compléter ce formulaire » et scannera le document dans le dossier patient.

Identification et informations administratives du patient

Nom..... Nom de **naissance**

Prénoms..... Né(e) le...../...../..... à.....

Adresse.....

Fait à, le/...../.....

Signature du patient

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d’état d’exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l’arrêt ou du refus de traitement ou d’acte médicaux. (Article L111-11).

Les directives anticipées sont valables pour une durée indéterminée. Elles peuvent être écrites sur un texte libre également. **A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables.**

Le patient n’est pas en capacité de compléter ce formulaire. **(Dans ce cas, ne compléter que la partie administrative sans signature)**

Je n’ai pas de directives anticipées, et ne souhaite pas en rédiger.

J’ai des directives anticipées, je les ai laissées :

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> A mon médecin traitant : | <input type="radio"/> A ma personne de confiance |
| Dr : | (cf fiche de désignation de la personne de confiance) |
| Numéro de téléphone : | |
| <input type="radio"/> Autres : | <input type="radio"/> Sur mon DMP/Mon espace santé |

Je détiens mes directives anticipées et je souhaite les confier à l’établissement : OUI NON

Je n'ai pas encore de directives anticipées mais je souhaite exprimer ma volonté ci-dessous :

JE SOUHAITE M'EXPRIMER SPÉCIFIQUEMENT SUR LES SITUATIONS SUIVANTES :

Traitement dont le seul effet est de prolonger ma vie

Concernant les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie (par exemple, tube pour respirer ou assistance respiratoire, dialyse, interventions médicales ou chirurgicales, transfusion sanguine...) :

- Je souhaite que l'on mette en œuvre toutes les possibilités médicales pour me maintenir en vie. Mes souffrances doivent être allégées dans la mesure du possible. Mais je suis prêt(e) à accepter les contraintes liées à mon souhait d'être maintenu(e) en vie.
- Je souhaite que les traitements médicaux servent avant tout à alléger mes souffrances. Pour moi, il n'est pas prioritaire de prolonger ma vie à tout prix. Je suis prêt(e) à accepter que le fait de renoncer à certains traitements médicaux puisse abrégé ma vie.

Alimentation ou hydratation par voies artificielles

Concernant une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie :

- Je souhaite un apport continu de liquides et d'aliments (au moyen d'une sonde gastrique, d'une perfusion, d'une pose chirurgicale ou d'une sonde nutritive).
- Je refuse tout apport continu de liquides et d'aliments.

Sédation profonde et continue jusqu'au décès

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur. C'est un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès.

- Je souhaite bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès.
- Je refuse une sédation profonde et continue jusqu'au décès.

INFORMATIONS OU MES SOUHAITS EN DEHORS DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Pour bien comprendre mes volontés exprimées, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître, certaines informations : mes craintes, mes attentes ou mes convictions.

Je les écris ici, tout en ayant conscience que ces dernières informations ne seront pas opposables aux médecins, mais qu'elles peuvent être jugées utiles pour mes proches.

Lieu de fin de vie Si cela est médicalement possible, je souhaite terminer ma vie à domicile : Oui Non Ne sais pas

Relations Avant de mourir, j'aimerais voir ou revoir les personnes suivantes (nom, prénom et coordonnées) :

Spiritualité À l'approche de la mort, en raison de mes convictions philosophiques/spirituelles, j'aimerais être mis en relation avec :

Don d'organes Je suis d'accord pour qu'après mon décès avéré, un ou plusieurs de mes organes soient donnés :

- Oui Non* Ne sais pas

* Inscription en ligne possible sur ce site www.registrenationaldesrefus.fr