

FICHE DE RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPEES

LA VERSION ELECTRONIQUE DE CE DOCUMENT EST A CONSULTER EN PRIORITE

Loi du 02 février 2016 art L1111-11 du code de la santé publique

Je soussigné(e) Mme, M. (NOM Prénom) _____, désire, par la présente, faire part de directives anticipées concernant mon état de santé potentiel à venir. En effet, si je suis dans un état sans espoir ou dans un coma persistant, mes souhaits sont les suivants :

Choix initiaux
formulés

Choix
modifiés

TRAITEMENT

☐

Je ne veux recevoir aucun traitement de survie (y compris réanimation cardiaque et respiratoire).

☐
☐

Je ne veux ni acharnement ni abstention totale de soins. Je veux que les décisions médicales prises pour moi, le soient de façon concertée et collégiale, dans le respect de ma dignité et de mon confort (prise en charge palliative).

☐
☐

Je veux tous les traitements que les médecins estimeront nécessaires pour moi.

☐

Autres souhaits :

ALIMENTATION ET HYDRATATION ARTIFICIELLES

☐

Je ne veux pas recevoir d'alimentation et d'hydratation artificielles si cela constitue le principal traitement pour me maintenir en vie.

☐
☐

Je veux recevoir une alimentation et une hydratation artificielles, même si cela constitue le principal traitement pour me maintenir en vie.

☐
☐

Autres souhaits :

☐

SOINS DE CONFORT

☐

Je veux être maintenu aussi à l'aise et à l'abri de la douleur que possible, même si de tels soins peuvent écourter ma vie (prise en charge palliative).

☐
☐

Autres souhaits :

☐

DON D'ORGANES

Avez-vous fait savoir, un jour, d'un refus pour un potentiel don d'organe en cas de décès ? ☐ Oui ☐ Non

Rédaction par :
CLUD

Vérification de la forme (service qualité)
BONNEAU Marina, - Technicienne
qualité
SIGNÉ

Validation par les experts métier :
LALU Emilie, présidente CLUD
SIGNÉ
ROUSSEAU Géraldine, Vice-
présidente CLUD
SIGNÉ

Approbation par :
BOURASSEAU Emilien, Président
CME
SIGNÉ

FICHE DE RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPEES

LA VERSION ELECTRONIQUE DE CE DOCUMENT EST A CONSULTER EN PRIORITE

Autres souhaits :

Vous avez le droit de participer à toutes les décisions concernant vos soins médicaux et si vous avez des souhaits qui ne sont exprimés dans aucune autre partie de ce document, veuillez les indiquer ici :

Souhaits initiaux :	Souhaits modifiés :

Choix initiaux
formulés

Choix
modifiés

Par ailleurs, je souhaite une assistance religieuse à la fin de ma vie :☐

OUI (préciser laquelle) :

☐☐

NON

☐

☐ J'ai pris connaissance de mes droits et je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées.

Concernant la signature de ce document : Extrait de l'article R. 1111-17

« Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. »

« Toutefois, lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée en application de l'article L.1111-6, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées »

NOM de NAISSANCE :		Prénom :
NOM (marital) :		
Date de naissance : ____ / ____ / ____		Lieu de naissance : Ville (n° Département)
Rédigé le : ____ / ____ / ____ à :		
Signature personnelle : (si signature impossible, désignez 2 témoins)	Nom et qualité du témoin n°1 (joindre une attestation) :	Nom et qualité du témoin n°2 (joindre une attestation) :
Document modifiable à tout moment		
Modifié le : ____ / ____ / ____ à :		
Signature personnelle : (si signature impossible, désignez 2 témoins)	Nom et qualité du témoin n°1 (joindre une attestation) :	Nom et qualité du témoin n°2 (joindre une attestation) :

Conserver 1 exemplaire dans le dossier du patient

Donner 1 exemplaire à la personne de confiance si elle est désignée