

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e) :

Né(e) le : à :

Domicilié(e) :

Enonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une maladie grave et incurable (quelle qu'en soit la cause) ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés.

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté, je souhaite (*barrer les mentions inutiles*) :

- ✓ que l'on n'entreprene pas, ni ne poursuive les actes de prévention, d'investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie (art. L 1110-5 du code de la santé publique) ;
- ✓ que l'on soulage au mieux mes douleurs ;
- ✓ que la personne de confiance désignée ci-après soit consultée ;
- ✓ Autre précision personnelle (exemple : je souhaite être accompagné(e) par un représentant du culte, par un accompagnateur bénévole...) :

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

Fait, le :

Signature

Personne de Confiance

Nom :

Adresse :

☎ :



Centre Hospitalier
de Montauban

Il est peut être temps !



Prendre une décision importante qui pourra être utile un jour

La loi LEONETTI du 22 avril 2005 relative aux droits des malades permet à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées.

○ Que sont ces directives anticipées ?

Ce sont des instructions écrites que vous pouvez donner par avance, **pour le cas où vous seriez dans l'incapacité d'exprimer votre volonté**. Elles seront prises en considération pour toute décision vous concernant (arrêt ou limitation d'un traitement semblant disproportionné...) et discuté lors d'une procédure collégiale.

~ Comment les rédiger ?

Il s'agit d'un document écrit, que vous aurez daté et signé. Votre identité doit y être clairement indiquée (nom, prénom, date et lieu de naissance).

~ Durée de validité.

Vos directives anticipées sont valables **3 ans** et révocables à tout moment. Elles sont renouvelables.

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire et de signer, 2 témoins dont la personne de confiance attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée.

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Qualité de : Qualité de :

Fait-le :

Signature :

Vos directives seront conservées dans votre dossier médical (à l'hôpital et/ou chez votre médecin traitant). Dans l'éventualité où vous préféreriez les garder et/ou les remettre à votre personne de confiance, pensez à le mentionner à votre médecin traitant.

○ Qui est la « personne de confiance » ?

Il vous est possible de désigner une personne de votre entourage en qui vous avez toute confiance. Cette personne, que les soignants considéreront comme votre « personne de confiance » pourra, **si vous n'êtes pas en mesure de le faire vous-même**, faire connaître aux équipes qui vous prennent en charge votre avis sur les soins vous concernant.

Si vous avez rédigé des directives anticipées exprimant vos souhaits relatifs à votre fin de vie pour la limitation ou l'arrêt de traitement, vous pouvez les remettre à votre personne de confiance.

La désignation d'une personne de confiance :

- n'est pas une obligation,
- doit être une décision réfléchie, sans précipitation,
- se fait par écrit,
- peut être annulée ou modifiée à tout moment, selon votre demande (formulée par écrit de préférence),

Il vous revient d'informer la personne que vous aurez choisie et d'obtenir son accord.

Pour plus de renseignement vous pouvez vous rendre :

www.santé.gouv.fr à la rubrique « **santé** » a l'intitulé « **droit des usagers** » puis « **vos droits** » et « **fiches pratiques** »