

JE REDIGE ET JE GARDE AVEC MOI MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e)

Nom : Nom de jeune fille :
 Prénoms :
 Né(e) le : / / Lieu :
 Demeurant à :
 Téléphone fixe : Téléphone mobile :
 Email :

Dans le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté au moment de la fin de vie, je déclare que mes directives anticipées correspondent aux affirmations exprimées ci-dessous :

➤ Pour ma prise en charge médicale

☐ Je souhaite ☐ Je ne souhaite pas ☐ Je manque d'informations pour prendre ma décision
 Recevoir des traitements complémentaires que le médecin me proposera avec l'information que ces traitements ne me permettront pas de guérir mais d'améliorer ma qualité de vie ou de diminuer mes symptômes et/ou mes douleurs (chimiothérapie pour diminuer les symptômes, radiothérapie à visée antalgique...)

☐ Je souhaite ☐ Je ne souhaite pas ☐ Je manque d'informations pour prendre ma décision
 Que soit mise en place une sédation si mes symptômes deviennent insupportables

☐ Je souhaite ☐ Je ne souhaite pas ☐ Je manque d'informations pour prendre ma décision
 Recevoir tous les traitements liés à ma réanimation (intubation, dialyse...)

☐ Je souhaite ☐ Je ne souhaite pas ☐ Je manque d'informations pour prendre ma décision
 Être nourri et/ou hydraté par perfusion si je ne peux plus m'alimenter même si ce traitement peut prolonger ma vie sans améliorer mon état de santé.

Si vous souhaitez informer l'équipe médicale d'un souhait particulier, n'hésitez pas :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ **Pour mes proches**

1) Si cela est médicalement possible, je souhaite terminer ma vie :

- ☐ A mon domicile
☐ En centre hospitalier
☐ Autres :

2) Avant de mourir, j'aimerais être accompagné(e) :

- ☐ Oui

Nom : Nom de jeune fille :

Prénoms :

Né(e) le : / / Lieu :

Lien avec le patient :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

Email :

- ☐ Non

3) A l'approche de la mort, en raison de mes convictions philosophiques ou spirituelles, j'aimerais être mis(e) en relation avec :

- ☐ Une personne de culte :
☐ Autre :

4) Avez-vous fait votre choix funéraire, si oui lequel ? (Exemple : inhumation, crémation etc.)

.....

.....

5) Au moment de mon décès, je souhaite donner un ou plusieurs de mes organes :

- ☐ J'accepte
☐ Je refuse¹

6) Si vous souhaitez communiquer d'autres informations, n'hésitez pas :

.....

.....

Fait à , le / /

Signature du patient(e)

Ce document a été transmis :

- ☐ Au médecin traitant
☐ A la personne de confiance
☐ Autres

ⁱ Inscription en ligne possible sur ce site www.registrenationaldesrefus.fr/