

## Mes directives anticipées

### MODÈLE B

- *Je pense être en bonne santé*
- *Je ne suis pas atteint d'une maladie grave*

### Mon identité

**NOM et PRENOMS :** .....

**Né(e) le :** ..... **à :** .....

**Domicilié(e) à :**

.....  
.....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du Code civil :

- j'ai l'autorisation du juge       oui       non
- du conseil de famille       oui       non

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

### 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 témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

**Témoin 1** : Je soussigné(e)

NOM ET PRENOMS :

.....

Qualité :

.....

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

.....

Fait le ..... à .....

Signature :

**Témoin 2** : Je soussigné(e)

NOM ET PRENOMS :

.....

Qualité :

.....

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

.....

Fait le ..... à .....

Signature :



**Mes directives anticipées**

**MODÈLE B**

➤ *Je pense être en bonne santé*

➤ *Je ne suis pas atteint d'une maladie grave*

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....

.....

.....

.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

**3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur**

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent 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-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le ..... à .....

Signature

## Nom et coordonnées de ma personne de confiance<sup>1</sup>

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « personne de confiance ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné(e) NOM, PRENOMS, date et lieu de naissance :

.....  
.....

Désigne la personne de confiance suivante :

NOM – PRENOMS : .....

ADRESSE : .....

.....

☎ privé : ..... Professionnel : ..... Portable : .....

Email : .....

☞ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

Oui  Non

☞ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

Oui  Non

Fait le ..... à .....

Votre signature :

Signature de la personne de confiance :

---

<sup>1</sup> au sens de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique

## **Modification ou annulation de mes directives anticipées**

Je soussigné(e)

NOM et PRENOMS : .....

☞ Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médico social qui les a conservées de supprimer ou de détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

☞ Ou : Déclare annuler mes directives anticipées datées du .....

Fait le ..... à .....

Signature :

Si vous être dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit la fiche « Cas particulier »