



### Mes directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses directives anticipées concernant sa fin de vie. En situation de fin de vie, il peut devenir difficile de pouvoir s'exprimer sur ses souhaits. Il est conseillé d'exprimer par écrit dès que possible ses volontés sur les décisions médicales à prendre, sur les traitements ou actes médicaux que l'on souhaite ou pas, que l'on peut aussi préciser. Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives. Vous pouvez également en parler avec votre personne de confiance. Vos directives sont anticipées, donc vous pourrez les modifier si vous le souhaitez.

#### **Je soussigné(e) :**

<input type="checkbox"/> La personne concernée :	Nom :	Prénom :
Souhaite énoncer sur le présent document mes directives anticipées :		

<input type="checkbox"/> La personne de confiance :	Nom :	Prénom :
Agissant pour le compte de :		
	Nom :	Prénom :
* Personne à qui devront s'adresser en priorité les médecins ou les personnes susceptibles de prendre des décisions médicales pour lesquelles il/elle ne pourrait donner son consentement.		

<input type="checkbox"/> La famille de :	Nom :	Prénom :
En la personne de :	Nom :	Prénom :
(*) Désignée personne de confiance comme stipulé ci-dessus		

Souhaite énoncer par la présente ses directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté ; je révoque l'ensemble des directives anticipées qu'elle a précédemment pu établir, et leur substitue les présentes dispositions :

Il/Elle ne souhaite pas être hospitalisé(e) et préfère avoir une fin de vie à la Résidence Ruessium.

Il/Elle déclare refuser de bénéficier des traitements médicaux suivants :

- Utilisation de dispositif de respiration artificielle, intubation, trachéotomie ou ventilation par masque
- Réanimation cardio-respiratoire
- Alimentation artificielle et/ou hydratation artificielle par sonde placée dans le tube digestif
- Utilisation ou greffe d'un rein artificiel
- Transfert en réanimation
- Intervention chirurgicale sauf urgence pour soulager ses douleurs
- Radiothérapie et/ou chimiothérapie anticancéreuse sauf pour soulager ses douleurs
- Administration de médicaments destinés à prolonger la vie

Il/Elle souhaite qu'on n'entreprene pas, ni ne poursuive pas les actes de prévention, d'investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de sa vie, et que ses souffrances, physiques comme psychologiques, soient traitées par tout moyen pouvant éventuellement avoir pour conséquence d'abrèger sa vie.

**Expression libre :**

La personne concernée :                      Nom :    Prénom :

Etant dans l'impossibilité de rédiger elle-même ses directives anticipées, deux témoins attestent, à sa demande, de son consentement libre et éclairé et de l'expression de sa volonté.

1<sup>er</sup> témoin :    en sa qualité de :

2<sup>ème</sup> témoin :    en sa qualité de :

Le présent document est établi le :

**Et est révisable à tout moment.**

Le(s) déclarant(s) :

Le médecin, Docteur :