

DIRECTIVES ANTICIPEES DU PATIENT

La législation française vous donne le droit d'énoncer vos directives anticipées. Vous pouvez le faire en remplissant le présent document.

Je, soussigné, énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

→ je souhaiterais bénéficier des traitements suivants :

- | | | | | |
|---|---|------------------------------|------------------------------|---|
| • | respiration artificielle | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| • | réanimation cardio-respiratoire | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| • | alimentation artificielle | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| • | hydratation artificielle | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| • | rein artificiel | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| • | transfert en réanimation | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| • | transfusion sanguine | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| • | intervention chirurgicale | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| • | radiothérapie anticancéreuse | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| • | chimiothérapie anticancéreuse | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| • | médicaments visant à tenter de prolonger la vie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| • | examen diagnostique lourd et/ou douloureux | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |

→ je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (physiques, psychologiques), même si cela a pour effet d'abrégéer ma vie :

oui non je ne sais pas

→ autres souhaits en texte libre :

Fait à :	le :	
Nom du patient :		
Date et lieu de naissance :		
Signature :		
<i>Si le patient est dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les 2 témoins ci-contre attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée :</i>	1^{er} témoin ▶ nom : ▶ qualité : ▶ signature :	2^{ème} témoin ▶ nom : ▶ qualité : ▶ signature :

Durée de validité : 3 ans