

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Durée de validité du document : 3 ans.

(Loi Léonetti du 22 Avril 2005 et décret d'application n° 2006-119 du 6 février 2006).

Je soussigné (e),

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Mes souhaits relatifs à la fin de vie concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de mon traitement dans l'hypothèse où je suis hors d'état d'exprimer ma volonté :

Respiration artificielle : une machine qui remplace ou qui aide ma respiration	OUI – NON – Ne sais pas
Trachéotomie	OUI – NON – Ne sais pas
Intubation	OUI – NON – Ne sais pas
Ventilation non invasive	OUI – NON – Ne sais pas
Réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique	OUI – NON – Ne sais pas
Alimentation artificielle : une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou d'un dispositif intraveineux	OUI – NON – Ne sais pas
Réhydratation par une sonde placée dans le tube digestif	OUI – NON – Ne sais pas
Réhydratation par perfusion (sous cutanée, intraveineuse)	OUI – NON – Ne sais pas
Rein artificiel : une machine remplace l'activité de mes reins : le plus souvent, l'hémodialyse	OUI – NON – Ne sais pas
Transfert vers un service de réanimation si mon état le requiert	OUI – NON – Ne sais pas
Transfusion sanguine	OUI – NON – Ne sais pas
Intervention chirurgicale	OUI – NON – Ne sais pas
Radiothérapie anticancéreuse	OUI – NON – Ne sais pas
Chimiothérapie anticancéreuse	OUI – NON – Ne sais pas
Médicaments ou technique visant à tenter de prolonger ma vie	OUI – NON – Ne sais pas
Technique ou médicament à préciser :	OUI – NON – Ne sais pas OUI – NON – Ne sais pas OUI – NON – Ne sais pas OUI – NON – Ne sais pas

Date :

Signature :



L'expertise des soins complexes
et coordonnés à domicile

Le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les deux témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée

1^{er} Témoin

2^{ème} Témoin

Nom et Prénom.....

Nom et Prénom.....

Qualité

Qualité.....

Date.....

Date.....

Renouvellement : OUI je renouvelle mes directives anticipées

Date :

Signature :

Modification de mes directives anticipées : faire remplir une nouvelle fiche

Date :

Signature :

Révocation de mes directives anticipées :

Je révoque mes directives anticipées

Date :

Signature :