

## 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 :

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

Date :

Signature :

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<sup>er</sup> Témoin

2<sup>ème</sup> 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 :