

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e) (nom et prénom) :

Né(e) le : .....à .....

Domicilié(e) à : .....

J'énonce ci-dessous mes souhaits concernant ma santé et ma fin de vie dans le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté.

Quelques exemples en lien avec la Loi Leonetti Claeys de février 2016, « *qui oriente les médecins vers une non-obstination déraisonnable de la prise en charge médicale* » notamment en cas de maladie grave d'évolution irréversible :

*Je veux que les traitements médicaux servent à alléger mes souffrances et les symptômes pénibles.*

*Si je suis dans le coma prolongé, je veux/ je ne veux pas que l'on poursuive mon alimentation et mon hydratation.*

*Je veux que les traitements et gestes médicaux dont le seul effet est de prolonger ma vie artificiellement ne soient pas commencés ou continués.*

*Je ne veux pas respirer à l'aide d'une machine, ni être dialysé.*

*Je ne veux pas être réanimé(e) en cas d'arrêt cardiaque.*

*Je souhaite la mise en place d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès si ma situation le requiert selon les critères (souffrance réfractaire non soulagées...).*

*NB : Vous pouvez échanger sur les critères de mise en place d'une sédation avec un professionnel de santé*

Je souhaiterais, dans la mesure du possible, que ma fin de vie se passe à :

- Mon domicile       A l'hôpital

Je souhaiterais être accompagné(e) par un représentant du culte de ma religion :

- Oui       Non

Si oui, ma religion est : .....

Je souhaiterais donner mes organes :     Oui       Non

J'ai transmis mes directives anticipées à :

- Mon médecin traitant       Ma personne de confiance

Autre : .....

Fait à ..... Le .....

Signature :