

DIRECTIVES ANTICIPEES

Version : 01
Pages : Page 1 sur 6
Date de Création : 03/2021
Date d'Application : 03/2021
Date de Révision :

Codification : Paramédical/ fin de vie/ directives anticipées.

LES DIRECTIVES ANTICIPEES : qu'est ce que c'est ?

Toute personne majeure peut rédiger ses directives anticipées concernant sa fin de vie.

Il s'agit **d'exprimer ses volontés par écrit, sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur vos traitements et sur les actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.**

Vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer à ce moment là, c'est pourquoi, si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus les exprimer.

Bien entendu, envisager à l'avance cette situation n'est pas facile et en même temps il est important d'y réfléchir.

L'équipe, votre médecin traitant et votre personne de confiance sont à votre disposition pour vous aider.

Les médecins devront respecter vos directives anticipées ainsi que tout autre professionnel de santé dans le cas où vous ne pouvez plus vous exprimer.

La rédaction des directives anticipées n'est pas une obligation.

Elles sont modifiables à tout moment et il vous appartient de le faire quand vous le souhaitez.

Vos directives anticipées sont conservées dans votre dossier médical et vous pouvez en donner une copie à votre médecin traitant, ou/et à votre personne de confiance, un membre de votre famille ou à un proche.

Lors d'un transfert à l'hôpital, une copie sera jointe au dossier de liaison d'urgence.

DIRECTIVES ANTICIPEES

Version : 01
Pages : Page 2 sur 6
Date de Création : 03/2021
Date d'Application : 03/2021
Date de Révision :

Codification : Paramédical/ fin de vie/ directives anticipées.

MON IDENTITE

NOM :

PRENOM :

NE(E) LE :

DATE D'ENTREE A L'EHPAD :

MESURE DE PROTECTION : OUI ☐ NON ☐

Copie de l'autorisation du Juge des Tutelles ou du Conseil de Famille ☐ (à joindre à ce document des directives anticipées)

CONTEXTE DE REDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPEES :

∞ JE SUIS ATTEINT(E) D'UNE MALADIE GRAVE OU PROCHE DE LA FIN DE VIE ☐

∞ JE NE SUIS PAS ATTEINT(E) D'UNE MALADIE GRAVE ☐

∞ JE SUIS EN CAPACITE D'EXPRIMER MA VOLONTE ☐

∞ JE SUIS DANS L'INCAPACITE D'ECRIRE ET DE SIGNER LE DOCUMENT ☐

Si vous êtes dans l'incapacité d'écrire, vous pouvez faire appel à 2 témoins, dont votre personne de confiance, pour les rédiger à votre place.

Témoin n°1 : Nom :

Prénom :

Qualité :

Fait à :

le :

Signature :

Témoin n°2 : Nom :

Prénom :

Qualité :

Fait à :

le :

Signature :

DIRECTIVES ANTICIPEES

Version : 01
Pages : Page 3 sur 6
Date de Création : 03/2021
Date d'Application : 03/2021
Date de Révision :

Codification : Paramédical/ fin de vie/ directives anticipées.

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

1- En cas de situation sans espoir de guérison : coma, maladie en phase terminale...

J'ACCEPTÉ

JE REFUSE

Que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience ou je ne pourrais plus communiquer avec mes proches.

2- A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet, la loi prévoit qu'au titre **de refus de l'obstination déraisonnable**, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant pas d'autres effets que le maintien artificiel de la vie :

J'accepte que soit entrepris :

∞ Une réanimation cardiaque ou respiratoire (tube pour respirer) : **oui** ☐ **non** ☐

∞ Une dialyse rénale : **oui** ☐ **non** ☐

∞ Une intervention chirurgicale : **oui** ☐ **non** ☐

∞ Une hydratation et alimentation artificielle : **oui** ☐ **non** ☐

∞ Autres :

Si des actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique si j'accepte qu'ils soient arrêtés :

∞ Une assistance respiratoire : **oui** ☐ **non** ☐

∞ Une dialyse rénale : **oui** ☐ **non** ☐

∞ Une alimentation et hydratation artificielle : **oui** ☐ **non** ☐

∞ Des traitements médicamenteux (en dehors de ceux ayant pour seul but de soulager d'éventuels symptômes d'inconfort) : **oui** ☐ **non** ☐

∞ Autres :

DIRECTIVES ANTICIPEES

Version : 01
Pages : Page 4 sur 6
Date de Création : 03/2021
Date d'Application : 03/2021
Date de Révision :

Codification : Paramédical/ fin de vie/ directives anticipées.

- 3- En cas d'hospitalisation pour un problème récurrent, pour lequel les médecins ont décidé de n'entreprendre aucune action, souhaitez-vous être à nouveau hospitalisé si le problème vient à se reproduire :

OUI

NON

- 4- Lors d'une hospitalisation où les soins ne sont plus qu'à visée palliative et non curative, je souhaite, si la gestion de mon état de santé au sein de la structure permet une prise en charge adaptée et optimale, revenir à l'EHPAD pour y finir mes jours :

OUI

NON

- 5- A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur :

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici, si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur c'est-à-dire un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès. Cette sédation peut être levée si je souhaite reprendre conscience. Elle n'est pas définitive.

OUI

NON

6- INFORMATIONS PRATIQUES :

Nom et prénom de la personne de confiance :

Personne souhaitant être prévenue en cas d'aggravation de l'état de santé :

Nom- Prénom :

N° de téléphone :

Jour ☐

nuit ☐

jour et nuit ☐

Existe-t-il un contrat obsèques ? oui ☐ non ☐

Pompes funèbres :

n°téléphone :

DIRECTIVES ANTICIPEES

Version : 01
Pages : Page 5 sur 6
Date de Création : 03/2021
Date d'Application : 03/2021
Date de Révision :

Codification : Paramédical/ fin de vie/ directives anticipées.

7- INFORMATIONS OU SOUHAITS QUE JE SOUHAITE EXPRIMER EN DEHORS DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES :

Si certaines informations (ma situation personnelle, ma famille ou proches, certaines craintes, attentes ou convictions, ce que je veux ou ne veux pas...) sont à connaître, je les inscris ci-dessous :

-
-
-
-
-
-
-
-

Fait à :

le :

Signature du résident

DIRECTIVES ANTICIPEES

Version : 01
Pages : Page 6 sur 6
Date de Création : 03/2021
Date d'Application : 03/2021
Date de Révision :

Codification : Paramédical/ fin de vie/ directives anticipées.

8- MODIFICATION OU ANNULATION DE VOS DIRECTIVES ANTICIPEES :

Je soussigné(e) nom et prénom :

∞ Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou de détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

∞ Ou : **Déclare annuler mes directives anticipées datées du :**

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant les 2 témoins désignés précédemment.

Fait à :

le :

Signature du résident