

		<b>Date de création</b>	<b>Date de révision</b>
	<b>FICHE CONSEIL DIRECTIVES ANTICIPEES</b>	<b>DLG/2015</b>	<b>DLG/2018</b>

## **Le principe :**

Toute personne peut faire connaître par écrit ses directives concernant une éventuelle limitation ou arrêt du traitement.

Lorsqu'une telle décision est envisagée alors que le résident est hors d'état d'exprimer sa volonté, elles sont obligatoirement consultées. Leur contenu, ainsi que l'avis de la personne de confiance prévalent sur tout autre avis non médical.

Il faut cependant rappeler que l'équipe médicale reste décisionnaire lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté.

## **Le contenu :**

La personne indique son nom, son prénom sa date et son lieu de naissance.

Elle précise les directives concernant les souhaits relatifs aux limitations et arrêts thérapeutiques en fin de vie.

La personne seule détermine le contenu. Il peut varier en fonction du contexte dans lequel elle se trouve au moment de la rédaction.

Si elle est en parfaite santé, les directives seront d'ordre assez général et ne pourront entrer dans les détails.

En revanche, si la personne est atteinte d'une maladie grave, les directives peuvent être plus précises selon la pathologie et ses traitements. Par exemple : la personne peut demander à ne pas ou ne plus recevoir d'alimentation et d'hydratation artificielles si cela constitue le principal acte d'un maintien en vie.

Si la personne est en état d'exprimer sa volonté mais dans l'impossibilité de signer, elle peut demander à 2 témoins (dont sa personne de confiance si elle en a désigné une) d'attester que le document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

Ces témoins indiquent leur nom et leur qualité et signent.

## **Durée et validité :**

Les directives anticipées peuvent à tout moment être révoquées et modifiées.

Elles sont valables pour une période de 3 ans. Pour les renouveler, il suffit de signer et dater une confirmation de décision sur le document original.

A partir du moment où la personne malade est inconsciente ou hors état de les renouveler, les directives restent valides quel que soit le moment où elles sont ultérieurement prises en compte.

## **Conservation :**

Elles doivent être accessibles au(x) médecin(s) amené(s) à prendre une décision d'arrêt ou de limitation de traitement.

A cette fin, elles sont conservées dans le dossier médical de l'établissement.

Elles peuvent aussi être conservées par leur auteur ou confiées à la personne de confiance ou à un proche.

# MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e) (nom/prénom) :

Née le :

à :

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

- Je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements suivants à entreprendre ou à poursuivre (cocher) :

Respiration artificielle :

Intubation/trachéotomie

oui  non  ne sait pas

Ventilation par masque

oui  non  ne sait pas

Réanimation cardio-respiratoire :

oui  non  ne sait pas

Alimentation artificielle :

oui  non  ne sait pas

Hydratation artificielle :

oui  non  ne sait pas

Rein artificiel :

oui  non  ne sait pas

Transfert en réanimation :

oui  non  ne sait pas

Transfusion sanguine :

oui  non  ne sait pas

Intervention chirurgicale :

oui  non  ne sait pas

Radiothérapie anticancéreuse :

oui  non  ne sait pas

Chimiothérapie anticancéreuse :

oui  non  ne sait pas

Médicament visant à prolonger ma vie

oui  non  ne sait pas

Examen diagnostique lourd et/ou douloureux :

oui  non  ne sait pas

- Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (physiques et psychologiques), même si cela a pour effet d'abrégé ma vie :

oui  non  ne sait pas

- Autres souhaits en texte libre :

.....  
.....  
.....  
.....

Fait à

Le

Signature

NB : valable 3 ans

Le résident étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les 2 témoins attestent, à la demande du résident, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

**1<sup>er</sup> témoin**

Nom, prénom  
Qualité  
Date  
Signature

**2<sup>ème</sup> témoin**

Nom, prénom  
Qualité  
Date  
Signature

**Conservation :**

- Je confie mes directives anticipées à :
- Je conserve mes directives anticipées

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
Signature

**Renouvellement à la fin des 3 ans :**

Document confirmé le :

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
Signature

**Modification avant la fin des 3 mois :**

Document modifié le :

Modification :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
Signature

**Annulation avant la fin des 3 mois :**

Document annulé le :

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
Signature