

Mon identité

Nom *(de naissance et d'usage)* et prénoms :

Né(e) le :

Lieu de naissance :

Adresse postale :

Si je bénéficie d'une protection juridique avec représentation relative à la personne

(une personne me représente pour mes décisions personnelles, par exemple une tutelle)

- **J'ai l'autorisation du juge :** **Oui** **Non**
Si oui, joindre la copie de l'autorisation

- **J'ai l'autorisation du conseil de famille :** **Oui** **Non**
Si oui, joindre la copie de l'autorisation

Mes souhaits

Commentaires libres pour transmettre les informations qui doivent être portées à la connaissance de l'équipe médicale *(sur ma situation personnelle, ma famille, mes proches, mes craintes, mes attentes ou mes convictions)* :

Mon projet de vie :

Qu'est-ce qui donne du sens à ma vie ? :

Quels moments, activités ou relations sont essentiels pour moi ? :

Mes limites acceptables :

Quels types de séquelles ou de handicaps pourrais-je accepter ?

Accepterais-je des amputations ou d'autres interventions lourdes pour vivre ?

Qu'est-ce qui serait trop difficile pour moi à vivre ?

Niveau de dépendance :

Accepterais-je de vivre avec une aide permanente pour les gestes du quotidien ?

Pour quelles fonctions vitales je souhaite garder une autonomie (*respiration, alimentation, mobilité, etc.*) ?

Ai-je besoin de rester autonome à tout prix ?

Conscience et interaction :

Pourrais-je vivre sans conscience ?

Pourrais-je vivre sans possibilité de communiquer ?

Je souhaite être soulagé(e) de la douleur en toutes circonstances même si cela peut avoir pour effet d'altérer ma conscience ?

Si je ne peux plus communiquer avec mes proches et/ou si je suis inconscient(e) :

Oui, j'accepte d'être maintenu(e) artificiellement en vie.

Non, je n'accepte pas d'être maintenu(e) artificiellement en vie.

Je ne sais pas

Temps pour progresser :

Combien de temps suis-je prêt(e) à laisser à l'équipe soignante pour réévaluer la pertinence de continuer certains traitements au regard de mon état de santé ?

Les actes et/ou les traitements que j'accepterais recevoir s'il y a une indication médicale :

- Réanimation cardiaque (*massage cardiaque*) :
Oui Non Je ne sais pas

- Opération chirurgicale :
Oui Non Je ne sais pas

- Assistance respiratoire (*machine pour respirer*) :
Oui Non Je ne sais pas

- Dialyse (*remplacement artificiel des reins*) :
Oui Non Je ne sais pas

- Nutrition et hydratation artificielles :
Oui Non Je ne sais pas

Autre :

Pour rappel : si des limitations ou un arrêt des traitements sont décidés collégalement par l'équipe médicale, les soins de confort seront toujours administrés.

Fin de vie et sédation profonde et continue (si je rentre dans les conditions prévues par la loi*)

Oui, je veux être rendu(e) inconscient(e) jusqu'à mon décès

Non, je ne veux pas être rendu(e) inconscient(e)

Je ne sais pas

Je souhaite, si possible, vivre ma fin de vie :

- à l'hôpital
- à domicile
- entouré(e) de ma famille / mes proches
- seul(e)

Vous pouvez annuler ou modifier vos directives anticipées à tout moment. Vous pouvez également vous faire aider d'un professionnel de santé pour remplir le formulaire.

- Fait à :
- Le :
- Signature :

*[*https://www.parlons-fin-de-vie.fr/je-minteresse-a-la-fin-de-vie/la-sedation-profonde-et-continue-jusquau-deces/](https://www.parlons-fin-de-vie.fr/je-minteresse-a-la-fin-de-vie/la-sedation-profonde-et-continue-jusquau-deces/)*

MES TÉMOINS

Si vous êtes dans l'incapacité physique d'écrire vos directives anticipées, quelqu'un peut les écrire (*sous votre dictée*) pour vous devant deux témoins (*dont l'un peut être votre personne de confiance*).

Témoïn 1

- Nom et prénom :

- Qualité :

- Atteste que les directives anticipées décrites ci-après sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M./Mme

- Fait le : _____ à _____
- Signature :

Témoïn 2

- Nom et prénom :

- Qualité :

- Atteste que les directives anticipées décrites ci-après sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M./Mme

- Fait le : _____ à _____
- Signature :