



CENTRE HOSPITALIER
DU SUD SEINE ET MARNE

FONTAINEBLEAU • MONTEREAU-FAULT-YONNE • NEMOURS

Formulaire « Mes directives anticipées » Document B

Nom et prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Adresse : _____

*Dans le cas où je suis sous tutelle, je fournis
une copie de l'accord du juge ou du conseil
des familles*

> Je pense être en bonne santé

> Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1) à propos des situations dans lesquelles je veux ou ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc., entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

2) à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardiorespiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

3) à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent 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 d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

Fait à : _____, le : _____

Signature :

Cas particulier : Rédaction des directives anticipées en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e)

(à compléter pour les documents A et B si nécessaire)

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 - Je soussigné(e) :

Nom et prénoms : _____

Qualité : _____

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Fait à : _____

le : _____

Signature :

Témoin 2 - Je soussigné(e) :

Nom et prénoms : _____

Qualité : _____

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Fait à : _____

le : _____

Signature :