

Directives anticipées

Vos directives anticipées expriment par écrit vos souhaits concernant les traitements et les actes médicaux au cas où vous ne pourriez plus les communiquer.

Une maladie grave pourrait vous faire perdre définitivement conscience et amener les soignants à vous maintenir artificiellement en vie. Dans cette situation, quels sont les traitements et actes médicaux que vous souhaiteriez voir utilisés, limités ou non utilisés ?

Vous pouvez écrire ce qui vous semble personnellement important et/ou exprimer vos souhaits concernant l'utilisation des traitements et actes médicaux proposés. Vous n'êtes pas obligé(e) d'anticiper toutes les situations qui vous sont proposées. Si vous n'avez pas assez d'espace sur ce document, vous pouvez joindre d'autres pages.

Vous pouvez accompagner ce document de la désignation de votre personne de confiance si vous ne l'avez pas déjà désignée.

{PrenomNomPatient}

né.e le {DateNaissancePatient}, à

Domicilié à :

Si vous faites l'objet d'une mesure de tutelle, veuillez joindre l'autorisation du juge des tutelles ou l'autorisation du conseil de famille.

Actes médicaux et traitements possibles	Vos souhaits	Commentaires
Respiration artificielle non invasive Ventilation par masque	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Respiration artificielle invasive Trachéotomie, intubation	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Réanimation cardiovasculaire Ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Transfusion de produits dérivés du sang Globules rouges, plaquettes, plasma, immunoglobulines, facteur de coagulation, albumine, ...	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Alimentation artificielle Nutrition par sonde jusqu'au tube digestif ou par voie intraveineuse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Hydratation artificielle Hydratation par sonde jusqu'au tube digestif ou par voie intraveineuse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Hémodialyse Rein artificiel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Sédation profonde et continue jusqu'au décès	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Don d'organe En cas de mort cérébrale, on peut prélever différents organes pour soigner une autre personne (foie, cœur, rein, cornée, ...)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Don du corps à la science Pour réaliser des travaux d'anatomie et de recherche en chirurgie Demande à effectuer à la faculté de médecine de votre choix	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	

Expression libre

Vous pouvez aborder :

- vos convictions personnelles,
- vos valeurs,
- vos souhaits concernant la prise en charge de votre famille,
- ce que vous souhaitez faire connaître de vous à l'équipe soignante,
- ...

Désignation de votre personne de confiance

Le rôle de la personne de confiance est d'accompagner le patient dans ses démarches de santé et de se faire le porte-parole des volontés du patient si ce dernier n'est plus en capacité de s'exprimer.

La personne de confiance sera un interlocuteur privilégié pour les soignants mais n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant la prise en charge du patient.

La personne de confiance peut assister aux consultations et recevoir des informations sur l'état de santé du patient en présence de celui-ci.

Cependant, la personne de confiance est soumise au secret sur ces informations.

La personne désignée pour être personne de confiance doit accepter cette désignation.

Je soussigné(e), [Prénom Nom]{PrenomNomPatient} ,{TexteDateNaissancePatient}, à

Désigne

Monsieur / Madame [Prénom Nom] ,

Né(e) le [date de naissance]

Résidant [adresse]

[téléphone]

[adresse e-mail]

Lien avec la personne : parent / médecin / proche

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance : jusqu'à ce que j'en décide autrement / uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement [nom de l'établissement]
J'ai bien noté que Monsieur / Madame [Prénom Nom]

pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux,

pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre,

ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin, sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à _____ , le _____

Votre signature

Signature de la personne désignée

