

Directives anticipées

Mes directives anticipées

Conformément aux articles L1111-11 et R1111-17 à R1111-20 du Code de la Santé Publique
(loi Claeys-Leonetti)

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____

Adresse : _____

En pleine capacité de discernement à la date de rédaction des présentes directives.

Mes souhaits concernant ma fin de vie

Ces directives s'appliquent dans le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté.

1. En cas de maladie grave et incurable avec pronostic vital engagé

- Je souhaite que tous les traitements nécessaires soient mis en œuvre pour me maintenir en vie, y compris la réanimation.
- Je ne souhaite pas de traitement dont le seul but serait de prolonger artificiellement ma vie (obstination déraisonnable).
- Je souhaite que des soins palliatifs soient mis en place pour soulager ma douleur et préserver ma dignité.

2. En cas d'état végétatif ou pauci-relationnel

- Je souhaite que les traitements de maintien en vie soient poursuivis.
- Je souhaite l'arrêt ou la limitation des traitements de maintien en vie.
- Je souhaite la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue.

3. Précisions complémentaires (facultatif)

4. Personne de confiance désignée (facultatif)

Nom et prénom : _____ Lien : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Conservation de ce document

- Conservé à mon domicile Remis à mon médecin traitant
- Versé dans mon Dossier Médical Partagé (Mon Espace Santé)
- Remis à ma personne de confiance

Signature

Fait à _____, le _____

Signature manuscrite obligatoire :

Ces directives peuvent être modifiées ou révoquées à tout moment. Elles s'imposent au médecin sauf en cas d'urgence vitale ou si elles apparaissent manifestement inappropriées.

Document mis à disposition par Application Santé Numérique — application-sante-numerique.fr/guides/directives-anticipees-modele-formulaire/