

# Modèle de formulaire de directives anticipées : mes volontés rédigées à l'avance, concernant les traitements et les actes médicaux

Vous pouvez écrire ce qui vous semble personnellement important et/ou vous aider des formulations proposées. Vous n'êtes, évidemment, nullement obligé(e) d'anticiper précisément toutes les situations qui vous sont proposées (quelques exemples sont proposés en annexe).

Demandez à votre médecin de vous expliquer ce qui pourrait vous arriver, les traitements possibles, leurs efficacités et leurs risques.

Si le document n'offre pas assez d'espace, vous pouvez joindre d'autres pages.

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

**Nom et prénoms :** .....

**Né(e) le :** ..... **à :** .....

**Domicilié(e) à :** .....

.....

Je fais l'objet d'une mesure de tutelle<sup>1</sup>, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation :

- du juge :    oui                  non
- du conseil de famille :    oui                  non

---

1. Au sens du Chapitre II du titre XI du livre I<sup>er</sup> du Code civil.

# Contexte

J'ai rédigé les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes souhaits et ma volonté** sur ce qui est important à mes yeux, après un accident, du fait d'une maladie grave ou au moment de la fin de ma vie.

Je souhaite exprimer ici :

- mes convictions personnelles : ce qui est important pour moi, pour ma vie, ce qui a de la valeur pour moi (par exemple, convictions religieuses...) ;
- ce que je redoute plus que tout (souffrance, rejet, solitude, handicap...).

Je souhaite préciser ce qu'il me paraît important de faire connaître concernant ma situation actuelle (mon histoire médicale personnelle, mon état de santé actuel, ma situation familiale et sociale...) :

# Je suis une personne ayant une maladie grave ou en fin de vie

Mes directives concernant les décisions médicales :

## ■ Je veux m'exprimer :

- à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple, état d'inconscience prolongé entraînant une perte de communication définitive avec les proches...) ;
- à propos des traitements destinés à me maintenir artificiellement en vie.

Voici les limites que je veux fixer pour les actes médicaux et les traitements, s'ils n'ont d'autre but que de prolonger ma vie artificiellement, sans récupération possible :

---

---

---

---

- concernant la mise en œuvre d'une réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire :

---

---

---

---

- concernant les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie dans les conditions que je ne souhaiterais pas (par exemple tube pour respirer, ou assistance respiratoire, dialyse chronique, interventions médicales ou chirurgicales...) :

---

---

---

---

- concernant une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie, par exemple en cas d'état végétatif chronique (simple maintien d'un fonctionnement autonome de la respiration et de la circulation) :

---

---

---

---

Je souhaite évoquer d'autres situations (comme par exemple la poursuite ou l'arrêt de traitements ou d'actes pour ma maladie) :

---

---

---

---

J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes<sup>2</sup>...) sachant que **les soins de confort me seront toujours administrés** :

---

---

---

---

**Fait à :** .....

**le :** .....

**Signature**

**Directives anticipées modifiées le :** .....

---

2. Le don d'organe est présumé chez toute personne dont la médecine juge qu'il est possible, sauf si elle le refuse : dans ce cas, elle peut s'inscrire sur le Registre national des refus de dons d'organes à l'aide d'un formulaire ([www.dondorganes.fr/medias/pdf/formulaire\\_registre\\_refusvf.pdf](http://www.dondorganes.fr/medias/pdf/formulaire_registre_refusvf.pdf)).

# Localisation de mes directives anticipées

## Formulaire des directives anticipées

■ **Conservé sur moi ou chez moi :**    oui                    non

- si oui, à l'adresse actuelle : \_\_\_\_\_
- à tel endroit : \_\_\_\_\_

■ **Remis à :**

- ma personne de confiance : \_\_\_\_\_
- autre(s) personne(s) (*cf tableau ci dessous*) :

NOM	Prénom	Qualité (médecin, famille, amis...)	Adresse	Téléphone

## Nom et coordonnées de ma personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

### Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....  
*nomme la personne de confiance suivante*

Nom, prénoms : .....

Adresse : .....

Téléphone privé : ..... professionnel : ..... portable : .....

E-mail : .....

→ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :    oui                  non

→ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :    oui                  non

Fait à : ..... le : .....

Signature

Signature de la personne de confiance

# CAS PARTICULIER

## Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées

Quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées ci-dessous (dont 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 M ou Mme* .....

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 M ou Mme* .....

Fait à : ..... le : .....

Signature