



MES DIRECTIVES ANTICIPEES

- Je pense être en bonne santé
- Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

Nom et prénoms :

.....

Date et lieu de naissance :

.....

Adresse :

.....

Mesure de tutelle Oui Non

Autorisation du juge
ou conseil de famille Oui Non

Ma personne de confiance

Nom et prénoms :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

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 suivants :

- ➔ **A 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,... 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 :

.....

.....

- ➔ **A 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 cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles,...) :

.....

.....

➔ **A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.**

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement 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 la conscience jusqu'à mon décès :

.....
.....

Fait le, à

Signature