

Conformément au décret du 3 août 2016 les EHPAD sont tenus d'interroger chaque personne accueillie sur l'existence de directives anticipées.

Les directives anticipées sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements et actes médicaux qui vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus communiquer. Elles concernent les conditions de votre fin de vie, c'est-à-dire de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser les traitements ou actes médicaux.

Les professionnels de santé sont obligés de respecter les directives anticipées.

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.

Je soussigné(e) :

Nom, prénom :

Né(e) le : à :

Demeurant à :

.....

Si je fais l'objet d'une mesure de tutelle, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation :

- Du juge : OUI NON
- Du conseil de famille : OUI NON

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 concernant ma fin de 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 mes 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).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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...) sachant que les soins de confort me seront toujours administrés :

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à : Le :

Signature du résident :

Directives anticipées modifiées le :