



### Cas particulier :

Si la personne n'a pas la capacité physique d'écrire seule ses Directives Anticipées, quelqu'un peut le faire pour elle devant 2 témoins :

#### Témoïn 1 :

Je soussigné (Nom et prénoms) :

.....

En qualité de : .....

Atteste que les Directives Anticipées décrites ci-dessus sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

M. ou Mme .....

Fait le ... / ... / .....

Signature

#### Témoïn 2 :

Je soussigné (Nom et prénoms) :

.....

En qualité de : .....

Atteste que les Directives Anticipées décrites ci-dessus sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

M. ou Mme .....

Fait le ... / ... / .....

Signature

#### Révocation :

Je souhaite annuler l'ensemble des directives anticipées déclarées ci-avant.

Je souhaite modifier une partie des directives anticipées déclarées ci-avant ; auquel cas, je rédige un nouveau document « directives anticipées ».

Fait le ..... à : .....

Signature :



CLINIQUE DU CEDRE

## Les Directives Anticipées



Toute personne majeure peut rédiger ses « **Directives Anticipées** » : ce sont **vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements ou les actes médicaux que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus communiquer** après un accident grave ou à l'occasion d'une maladie grave.

Elles concernent les conditions de votre fin de vie, c'est à dire poursuite, limitation, arrêt ou refus des traitements ou actes médicaux.

La Clinique du Cèdre met à votre disposition ce formulaire si vous souhaitez rédiger vos **Directives Anticipées**.



Elles sont valables sans limite de temps mais vous pouvez les modifier ou les annuler à tout moment.

Le personnel soignant du service est à votre disposition pour vous aider dans la rédaction de vos Directives Anticipées.

**N'hésitez pas à leur en parler.**

#### Identité du patient souhaitant déclarer ses « Directives Anticipées » :

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nome usuel (marital) : ..... Date de Naissance ... / ... / .....

Adresse : .....



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



« 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 suivantes :

**1) Maintien en vie artificiel (par exemple après traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc. ... entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).**

J'indique ici si :

- j'accepte
- 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.

**2) Actes et traitements médicaux n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.**

J'indique ici si :

- j'accepte
- je refuse de tels actes ou traitements (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc. ...).

**3) Sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.**

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si :

- je veux
- je ne veux pas 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 conscience jusqu'à mon décès.



**Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes Directives Anticipées ci-après :**

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- Certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches).
- Certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaiterais finir mes jours).

Je les écris ici :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Cette attestation doit être écrite, datée et signée de la main de son auteur.*

Fait le : ... / ... / ..... à .....

Signature :



**Le professionnel de santé doit respecter les volontés exprimées dans les Directives Anticipées, conformément à la législation en vigueur.**