

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Vous pouvez donner **vos directives sur les décisions médicales à prendre pour le cas où vous seriez un jour dans l'incapacité de vous exprimer.**

Que vous soyez en bonne santé, atteint d'une maladie grave ou non, ou à la fin de votre vie, vous pouvez exprimer vos souhaits sur la mise en route ou l'arrêt de réanimation, d'autres traitements ou d'actes, sur le **maintien artificiel** de vos fonctions vitales et sur vos attentes.

Elles sont valables **sans limite de temps** mais vous pouvez les modifier ou les annuler à tout moment. La réflexion sur vos directives anticipées et leur rédaction peut être un moment opportun pour **désigner votre « personne de confiance »** puisqu'elle doit connaître vos souhaits et volontés pour le cas où vous seriez un jour hors d'état de vous exprimer.

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

.....

Adresse :

Déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés.

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection incurable quelle qu'en soit la cause, ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés, **je souhaite :**

- Que ma personne de confiance soit consultée sur ma volonté de finir dignement ma vie
- Qu'on n'entreprenne, ni ne poursuive les actes de prévention, d'investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie (*art. L.1110-5 du Code de la Santé Publique*)
- Que l'on soulage efficacement mes souffrances, même si cela a pour effet secondaire d'abrégé ma vie
- Autre précision personnelle :

.....

.....

.....

.....

Fait à :

Le : / /

Signature du patient :