④

LES DIRECTIVES ANTICIPEES

Loi 2005-370 du 22 avril 2005
Décret d'application 2006 – 119 du 6 février 2006
Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

(Réservé aux personnes majeures)

Contenu

- **Soit sur papier libre en indiquant vos noms, prénoms, date et lieu de naissance**
- **Soit en utilisant le formulaire ci-après**

Indiquer vos directives anticipées :
Ces directives concernent uniquement vos souhaits relatifs aux limitations et arrêts des thérapeutiques en fin de vie. La loi prévoit la sédation profonde et continue provoquant un endormissement maintenu jusqu'à la mort dans certains cas [Article L.1110-5-2 du CSP]. À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, la sédation est associée à un traitement contre la douleur et à un arrêt des traitements de maintien en vie. C'est vous qui en déterminez le contenu. Ce contenu peut varier en fonction du contexte dans lequel vous les rédigez. En effet si vous êtes en parfaite santé, les directives seront d'ordre assez général et ne pourront entrer dans les détails car les possibilités sont nombreuses. En revanche, si vous êtes atteint d'une maladie grave, vos directives pourront être plus précises en fonction de votre pathologie. Vous pourrez par exemple demander à ne pas ou plus recevoir d'alimentation et d'hydratation artificielles si cela constitue le principal traitement pour vous maintenir en vie.

Dater et signer

NB : Si vous êtes en état d'exprimer votre volonté mais dans l'impossibilité d'écrire, vous pouvez demander à deux témoins (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée) d'attester que le document est l'expression de votre volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

Durée de validité

Les directives anticipées peuvent à tout moment être révoquées ou modifiées. Elles sont valables sans limitation de durée. Pour les renouveler, il suffit de signer et dater une confirmation de décision sur le document original. A partir du moment où vous êtes inconscient ou hors d'état de les renouveler, les directives restent valides quelles que soit le moment où elles sont ultérieurement prises en compte.

Conservation

Elles doivent être accessibles au médecin amené à prendre une décision d'arrêt ou de limitation de traitement. A cette fin, elles sont **conservées dans le dossier médical** constitué par le médecin généraliste ou spécialiste de ville ou dans le dossier de l'hôpital en cas d'hospitalisation. Une copie peut aussi être **conservées par leur auteur ou confiées à la personne de confiance** ou à un proche. Les coordonnées de la personne qui les détient sont alors indiquées dans le dossier médical.
Bien que rien ne soit précisé à ce sujet dans la loi, il semble intéressant que vous discutiez avec un ou des médecins, ainsi qu'avec votre personne de confiance du contenu de ces directives.

④

DIRECTIVES ANTICIPEES
CONCERNANT UN PATIENT EN MESURE D'ECRIRE

Code de la Santé Publique - Loi du 22 avril 2005
Décret du 6 février 2006

Directives anticipées concernant **:**

- **Nom(s) et prénom(s) :**
- **Date et lieu de naissance :**
- **Adresse :**
- **Téléphone :**
- **Pathologie ou intervention :**
- **Personne de confiance :** **Téléphone :**

  Ma personne de confiance est informée de mes directives anticipées : □ Oui □ Non

Mes volontés :

1/ à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse :

- Que l'on me maintienne en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches : □ J'accepte □ Je refuse

2/ à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse :

- L'entreprise d'actes et traitements médicaux tels que :
  - Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : □ J'accepte □ Je refuse
  - Une intervention chirurgicale : □ J'accepte □ Je refuse
  - Une transfusion sanguine : □ J'accepte □ Je refuse
- L'arrêt d'actes ou traitements s'ils ont déjà été entrepris, qu'ils apparaissent inutiles, disproportionnées ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie : □ J'accepte □ Je refuse
- De bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès : □ J'accepte □ Je refuse

Texte libre :

Date : ***Signature :***

SA Champeau/Méditerranée **Groupe AXE SANTE**
32, avenue Enseigne Albertini - 34500 Béziers
04 67 09 19 20/ - 04 67 30 62 09
contact@clinique-champeau.fr
Site : www.clinique-champeau.fr