

## MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je, soussigné(e), .....  
né(e) le ..... : à ..... âge : .....  
n° sécu..... mutuelle et votre n° : ..... ;  
Adresse:.....  
Courriel: ..... Téléphones fixe : ..... Portable .....

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

**Si ma santé subit une dégradation irréversible, diminuant très fortement mes facultés intellectuelles et physiques, me mettant hors d'état de poursuivre une vie digne selon mes propres critères\*, sans souffrances morales ni physiques, suite à maladies, accident ou vieillesse, de façon incurable dans l'état actuel de la science, et hors d'état d'exprimer ou de soutenir ma volonté,**

### JE DEMANDE:

- que ma personne de confiance soit contactée le plus rapidement possible, qu'elle ait accès à mon dossier médical,
- qu'on n'entreprenne ni ne poursuive aucun acte de prévention, investigation, traitement ou soins qui aurait pour effet la prolongation de ma vie, sans respecter ma dignité telle que je la définis plus loin (y compris ce qui est demandé aux médecins dans l'article L 1110-5 du code de la santé publique)
- que l'on soulage efficacement mes souffrances morales et physiques selon mes volontés y compris si ceci pourrait abrégé mon existence (soulagement des souffrances demandé aux médecins dans l'article L 1110-5 du code de la santé publique, la loi le permet)
- que l'on m'aide à mourir en douceur ... **et le plus vite possible (ou non)** (pratique médicale autorisée pour le moment uniquement par sédation partielle (avec réveils) ou continue (sans réveils), relativement lente : de 24h à 6 semaines environ), dans le but de soulager mes souffrances morales et physiques. M Leonetti recommande 48h maximum.

**JE DEMANDE AUX MÉDECINS DE RESPECTER MA VOLONTÉ SIGNIFIÉE DANS CES DIRECTIVES, COMME LA LOI LE PREVOIT.**

### **POUR MIEUX ME CONNAITRE ET COMPRENDRE MON CHOIX: PRÉCISIONS PERSONNELLES:**

**UNE VIE DIGNE EST POUR MOI INDISSOCIABLE des capacités humaines suivantes(même aidées) :**  
**(choisir : vous n'êtes pas obligé de tout mettre, chacun décide de son goût de la vie)**

**par rapport aux 5 sens :** voir, entendre, sentir (goût), sentir (odorat), toucher (sens tactile),

**par rapport à la communication avec les autres :** bouger, sortir, parler, entendre, écrire, lire, ressentir des émotions, reconnaître mes proches,

**par rapport à mon intimité :** faire ma toilette, m'habiller, me faire mes repas, manger seul

**le degré d'autonomie que je souhaite conserver :**

je pense pouvoir m'adapter aux handicaps suivants : .....

mais pas des manques de capacités suivants : .....

### **MA PHILOSOPHIE DE VIE, MES CROYANCES PAR RAPPORT À MA MORT SONT**

:.....  
.....

### **MA VIE SOCIALE ACTUELLE :**

Inclure : seul/ entouré/isolé par rapport à amis, famille.....

possibilité d'aide familiale : .....

possibilité d'aide amicale : .....

relations familiales : bonnes/mauvaises, distantes/proches géographiquement, selon les personnes.....

associations : .....

**MES REVENUS mensuels (ou capacités financières) :** par rapport aux besoins d'aide à financer

**L'HISTOIRE DE VIE, succinctement :** .....

**MES SOUHAITS EXPRIMÉS POUR MA FIN DE VIE :**

Aide à l'interruption volontaire de vie (suicide assisté ou euthanasie directe) :	oui	non
Laisser mourir, sans laisser souffrir ni moralement, ni physiquement, donc avec sédation continue	oui	non
<i>Dans ce cas : laisser durer l'agonie</i>		
moins de 2h	oui	non
moins de 48h	oui	non
moins d'une semaine	oui	non
moins d'un mois	oui	non
dons d'organe ou de tissus	oui	non
La seule solution pour continuer à vivre est l'EHPAD ou l'hôpital, j'accepte	oui	non
Je préfère mourir chez moi ou chez un proche (sinon hôpital ou EHPAD)	oui	non
<i>ACCOMPAGNEMENT SOUHAITÉ avant la mort :</i>		
Médecin traitant avec soins palliatifs ordinaires	oui	non
Soins palliatifs institués (hospitaliers, à domicile ou à l'hôpital)	oui	non
Famille (préciser qui vous souhaitez et qui vous refusez)	oui	non
Autres proches (préciser)	oui	non
Pas d'accompagnement	oui	non

**PAR RAPPORT AUX SOINS/TRAITEMENTS QUI POURRAIENT ÊTRE PROPOSÉS :**

**TECHNIQUES ARTIFICIELLES** acceptées ou refusées :

Transfert vers un service de réanimation	oui	non
respiration artificielle (avec une machine qui aide ou remplace ma respiration , avec oxygène)	oui	non
réanimation cardio-respiratoire en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle , massage cardiaque, choc électrique, ...	oui	non
Trachéotomie	oui	non
alimentation artificielle par sonde gastrique ou dispositif intraveineux	oui	non
hydratation artificielle par perfusion	oui	non
rein artificiel (hémodialyse)	oui	non
transfusion sanguine (poches de sang)	oui	non
opération chirurgicale	oui	non
radiothérapie	oui	non
chimiothérapie	oui	non
Autres techniques ou médicaments qui prolongent la vie	oui	non
	oui	non
	oui	non
	oui	non

Rédigé le .....à .....

signature : .....

**Renouvelé le .....à.....**

**signature**