

Directives anticipées

Hôpital
Privé de Vitry

Au sens de l'article L.1111-11-18 et R 1111-18 et 19 du code de santé publique.

Toute personne majeure peut rédiger ses directives anticipées concernant sa fin de vie.

- Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicale à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.
- Les directives anticipées sont le résultat d'une réflexion libre en toute connaissance de votre état de santé et des conséquences de vos choix.
- La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir.
- Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation. Elles sont sans limite de temps et révocables ou modifiables à tout moment.

Je soussigné(e)

Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance :

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| • Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |
| • Le branchement de mon corps sur un appareil de dialyse rénale : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |
| • Une intervention chirurgicale : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |

Autre :

Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| • Assistance respiratoire (tube pour respirer) : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |
| • Dialyse rénale : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |
| • Alimentation et hydratation artificielles : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |

Autre :

À propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur. En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non 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 : J'accepte Je refuse

Je m'engage à informer l'établissement par écrit en cas de changement de mes directives anticipées.

Je ne souhaite pas rédiger mes directives anticipées.

Fait le : à :

Signature :

Site Pasteur
22, Rue de la Petite Saussaie
94400 Vitry-Sur-Seine
Tél. 01 45 73 35 35

Site des Noriets
12, Rue des Noriets
94400 Vitry-Sur-Seine
Tél. 01 45 59 55 00

Directives anticipées

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 : je soussigné(e)

Nom et Prénom :

Qualité :

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M. ou Mme :

Fait le :

à :

Signature :

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et Prénom :

Qualité :

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M. ou Mme :

Fait le :

à :

Signature :