

DIRECTIVES ANTICIPEES ET DESIGNATION DE LA PERSONNE DE

CONFIANCE

Loi du 4 mars 2002, Loi du 22 avril 2005, articles 10, 11, 12 et 6, L 1111-10 à 13 et 18 du CDSP, articles 36 et 37 du CDM

Je soussigné(e) :

déclare rédiger ce document en toute liberté, sans contrainte, en pleine possession de mes facultés intellectuelles et de ma capacité juridique.

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté, a la suite d'une maladie incurable qu'elle

qu' en soit la cause ou d'un accident grave entrainant une dégradation irréversible de mes facultés, je refuse l'obstination déraisonnable et demande à bénéficier rapidement des soins palliatifs .

Je refuse les traitements suivants , cochés par mes soins (X) sur lesquels je reconnais avoir reçu toutes les informations :

RESPIRATION ARTIFICIELLE PAR TRACHÉOTOMIE	
RESPIRATION ARTIFICIELLE PAR INTUBATION	
RESPIRATION NON INVASIVE PAR MASQUE	
REANIMATION CARDIAQUE	
ALIMENTATION PAR GASTROSTOMIE	
ALIMENTATION PAR PERFUSION INTRAVEINEUSE	
ALIMENTATION PAR SONDE OESO GASTRIQUE	
REHYDRATATION PAR SONDE OESO GASTRIQUE	
REHYDRATATION PAR PERFUSION INTRAVEINEUSE	
REHYDRATATION PAR PERFUSION SOUS CUTANEE	
DIALYSE RENALE	
TRANSFUSION SANGUINE	
INTERVENTION CHIRURGICALE	
RADIOTHERAPIE ANTICANCEREUSE	
CHIMIOOTHERAPIE ANTICANCEREUSE	
POSE D'UN PACE MAKER	
TRAITEMENT PAR ANTI-ARYTHMIQUE	
TRAITEMENT PAR ANTIBIOTIQUE	

Je refuse tout acte de prévention , d'investigation ou de soins ayant pour seul effet la prolongation artificielle de ma vie .

Je demande à bénéficier d'une assistance religieuse	OUI	NON	NE SAIS PAS
Je refuse le prélèvement d'organes (article R1232-4-3 du CDS)	OUI	NON	NE SAIS PAS

	Renouvellement tous les 3 ans	
Nom et prénom :	Le :	Le :
Date et lieu de naissance :	Signature :	Signature :
Adresse :		
Date et signature :		

DIRECTIVES ANTICIPEES ET DESIGNATION DE LA PERSONNE DE

CONFIANCE

Loi du 4 mars 2002, Loi du 22 avril 2005, articles 1111-5, 1111-6 et 6, L 1111-10 à 13 et 18 du CDSP, articles 36 et 37 du CDM

Article 1111-6 du Code de Santé Publique : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin... »

Je soussigné

désigne comme personne(s) de confiance :

Nom, prénom:

Date et lieu de naissance:

Adresse :

Téléphone

Accepte le mandat qui m'est confié(à écrire avec la date et la signature)

Nom, prénom:

Date et lieu de naissance:

Adresse :

Téléphone

Accepte le mandat qui m'est confié(à écrire avec la date et la signature)

Ces personnes de confiance agiront séparément, dans l'ordre de désignation, en fonction de leur disponibilité. Elles auront accès à mon dossier médical et veilleront au respect de mes droits et volontés

	Renouvellement tous les 3 ans	
Nom et prénom :	Le :	Le :
Date et lieu de naissance :	Signature :	Signature :
Adresse :		
Date et signature :		

Lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même ce document:

Témoin 1 (personne de confiance) : je sou atteste que

volonté libre et éclairée *n'a pas pu rédiger et signer lui-même est l'expression de sa*

atteste que ce document que

volonté libre et éclairée *n'a pas pu rédiger et signer lui-même est l'expression de sa*

SIGNATURE TEMOIN 1

SIGNATURE TEMOIN 2