

Formulaire de rédaction de mes directives anticipées

Nom : Prénom : Date de naissance :

Si je devenais incapable de m'exprimer, de manière irréversible, je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements suivants, à entreprendre ou à poursuivre. (Entourez l'item choisi : oui / non / je ne sais pas)

Alimentation artificielle

Une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou d'une perfusion intraveineuse

Oui Non Je ne sais pas

Hydratation

Par sonde placée dans le tube digestif ou par perfusion sous cutanée ou intraveineuse

Oui Non Je ne sais pas

Soulagement de la douleur

Afin qu'elle soit le plus supportable possible en tenant compte qu'elle peut diminuer l'état de conscience

Oui Non Je ne sais pas

Respiration artificielle

Une machine qui remplace ou qui aide ma respiration :

Trachéotomie Oui Non Je ne sais pas

Intubation Oui Non Je ne sais pas

Ventilation non invasive Oui Non Je ne sais pas

Réanimation en cas d'arrêt cardiaque

Massage cardiaque, choc électrique, ventilation artificielle

Oui Non Je ne sais pas

Transfusion sanguine

Oui Non Je ne sais pas

Médicaments ou techniques visant à tenter de prolonger ma vie

Oui Non Je ne sais pas

Actes invasifs

Colostomie, gastrostomie Oui Non Je ne sais pas

Sonde urinaire Oui Non Je ne sais pas

Examens endoscopiques Oui Non Je ne sais pas

Prises de sang et injections Oui Non Je ne sais pas

Autres : Oui Non Je ne sais pas

Sédation

Baisse de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience face à une situation vécue comme insupportable, alors que les autres moyens médicaux n'ont pas permis ce soulagement

Oui Non Je ne sais pas

Chimiothérapie anticancéreuse palliative

Oui Non Je ne sais pas

Radiothérapie anticancéreuse antalgique

Oui Non Je ne sais pas

Par ailleurs, pour mon accompagnement de fin de vie, je souhaite particulièrement, ou refuse : (Présence de ma famille ou de proches, accompagnement religieux, ou autre traitement ...)

.....

.....

.....

.....

Date : Signature :

Si la personne est dans l'incapacité de rédiger elle-même ses directives anticipées, deux témoins attestent, à sa demande, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

1^{er} témoin

Nom : Prénom :

Date : Signature :

2^{ème} témoin

Nom : Prénom :

Date : Signature :