

**Information sur les directives anticipées.**

En vertu des textes suivants :

- Loi du 4 mars 2002 : code de la santé publique : Articles L1111-4, L1111-11, L1111-13, R1111-17 à R1111-20, R1112-2 et R4127-37.
- Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
- Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. (Loi LEONETTI)
- Loi du 9 juin 1999 relative à l'accompagnement en fin de vie,
- décret N° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi N° 2005-370 du 22 avril 2005.

toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

Vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements alors en cours. Le médecin n'est pas tenu de s'y conformer si d'autres éléments venaient modifier son appréciation.

Vous pouvez trouver des informations officielles sur les directives anticipées sur le site officiel « Service Public » :

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F32010.xhtml>

## Directives Anticipées.

**Je soussigné(e) :**

Nom marital :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

**énonce par la présente mes directives anticipées en matière de limitation ou d'arrêt de traitement, ou toute décision concernant ma fin de vie, dans le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté, informations que je date et signe.**

**L'expression de mes souhaits dans ces directives anticipées est :**

Situations	Souhaits	
<b>Problèmes respiratoires</b>	Je ne veux recevoir aucune intubation, ni trachéotomie. si un traitement de survie est entamé, je veux qu'il soit arrêté.	
	Je veux recevoir une intubation ou une trachéotomie si mes médecins l'estiment meilleurs pour moi.	
	Autres souhaits :	
<b>Problèmes d'alimentation</b>	Je ne veux pas recevoir d'alimentation artificielle si cela constitue le principal traitement pour me maintenir en vie. Si une alimentation artificielle est entamée, je veux qu'elle soit arrêtée.	
	Je veux recevoir une alimentation artificielle, même si cela constitue le principal traitement pour me maintenir en vie.	
	Autres souhaits :	
<b>Soins et confort</b>	Je veux être maintenu aussi à l'aise et à l'abri de douleur que possible, même si de tels soins accélèrent ou écourtent ma vie.	

**Autres instructions :**

Vous avez le droit de participer à toutes les décisions concernant vos soins médicaux ; même celles qui ne concernent pas des états désespérés ou végétatifs persistants. Si vous avez des souhaits qui ne sont exprimés dans aucune autre partie de ce document, veuillez les indiquer ici :

**Autres souhaits :**

Je confie mes directives à :

En signant ci-dessous, j'atteste que je comprends l'objet et l'effet de ce document.

Date :

Nom :

Signature :

---

