



Clinique
de la Miotte

DIRECTIVES ANTICIPEES - **Modèle A**

- ➔ Je suis atteint d'une maladie grave
- ➔ Je pense être proche de la fin de vie



DOC ADM 33 2

VERSION 1	Création	17/10/2014
VERSION 2	Révision : refonte du document avec nouvelle législation	05/03/2018
Validation : 12/03/2018	Application : 12/03/2018	Diffusion : 12/03/2018

Nom : Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le : ___ / ___ / _____ Domicilié(e) :

.....

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serai plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

MES VOLONTES SONT LES SUIVANTES :

1. **À propos des SITUATIONS dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).**

➔ J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

Accepte Refuse

2. **À propos des ACTES ET DES TRAITEMENTS MÉDICAUX dont je pourrais faire l'objet, la loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.**

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

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) Accepte Refuse
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale Accepte Refuse
- Une intervention chirurgicale Accepte Refuse
- Autre : _____ Accepte Refuse

➔ 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) Accepte Refuse
- Dialyse rénale Accepte Refuse
- Alimentation et hydratation artificielles Accepte Refuse
- Autre : _____ Accepte Refuse

➔ Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....
.....
.....

3. **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 :

Accepte Refuse

Fait le ____ / ____ / _____

A _____

Signature