



## DIRECTIVES ANTICIPEES - **Modèle B**



→ Je pense être en bonne santé

→ Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

Clinique  
de la Miotte

DOC ADM 85 1

VERSION 1

Création

07/03/2018

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 veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).**

☞ 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 :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assistance respiratoire (tube pour respirer) | <input type="checkbox"/> Accepte <input type="checkbox"/> Refuse |
| <input type="checkbox"/> Dialyse rénale                               | <input type="checkbox"/> Accepte <input type="checkbox"/> Refuse |
| <input type="checkbox"/> Alimentation et hydratation artificielles    | <input type="checkbox"/> Accepte <input type="checkbox"/> Refuse |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                                | <input type="checkbox"/> Accepte <input type="checkbox"/> Refuse |

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 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature

A \_\_\_\_\_