

- Je pense être en bonne santé  
 Je suis atteint(e) d'une maladie grave

- Je ne suis pas atteint(e) d'une maladie grave  
 Je pense être proche de la fin de ma vie

### Mon identité

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Domicilié(e) à : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, j'ai l'autorisation :

- du juge :  Oui  Non  
- du conseil de famille :  Oui  Non

Veillez joindre la copie de l'autorisation.

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

Mes volontés 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 :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 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 :

\_\_\_\_\_

Un traitement par un appareil à dialyse rénale :

\_\_\_\_\_

Une intervention chirurgicale :

\_\_\_\_\_

Une alimentation ou hydratation par sonde :

\_\_\_\_\_

Autre :

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 :

\_\_\_\_\_

Dialyse rénale :

\_\_\_\_\_

Alimentation et hydratation par sonde :

\_\_\_\_\_

Autre :

\_\_\_\_\_

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 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 :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

*Signature*

*Les directives anticipées ont une durée illimitée.  
Toutefois, elles peuvent être à tout moment modifiées ou annulées.*