

**Formulaire de recueil des  
directives anticipées**

Collez ici l'étiquette patient

Je soussigné,

**Nom de naissance :** .....

**Nom d'épouse :** .....

**Prénom(s) :** .....

**Né(e) le :** ...../...../..... **à :** .....

**Domicilié(e) à :** .....

.....

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.**

Si je bénéficie d'une mesure de protection juridique :

- J'ai l'autorisation du Juge des tutelles :  Oui  Non
- J'ai l'autorisation du Conseil de famille :  Oui  Non

Je joins à ce document la copie de l'autorisation.

**Mes volontés sont les suivantes :**

1. Je me positionne pour ou contre chaque situation décrite ci-dessous :

- Maintien en vie, artificiel et prolongé :  Oui  Non
- Réanimation (gestes d'urgence pour éviter un risque de décès immédiat) :  
 Oui  Non
- En cas d'intubation mise en place (tube dans la gorge, relié à un appareil pour respirer), j'accepte qu'elle soit prolongée :  Oui  Non
- Alimentation et hydratation artificielles :
  - Alimentation par perfusion :  Oui  Non
  - Alimentation par sonde nasogastrique :  Oui  Non
  - Alimentation par gastrostomie (sonde dans l'abdomen) :  Oui  Non
- Intervention chirurgicale en urgence :  Oui  Non
- Dialyse rénale (quand les reins ne fonctionnent plus, raccordement répété à une machine pour épurer le sang) :  Oui  Non

- Transfert hospitalier vers le CHU de Besançon ou l'hôpital de Pontarlier (incluant un passage aux urgences) :  Oui  Non
- 2. 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 :  Oui  Non

Document rédigé par moi-même, ou, si je suis dans l'incapacité de le rédiger, par un tiers accompagné de 2 témoins (dont l'un peut être ma personne de confiance si je l'ai désignée).

Fait le : ...../...../.....

à : .....

Signature du patient / résident :

*Je note que mes directives anticipées ont une durée de validité illimitée.*

*J'ai la possibilité, à tout moment, de les modifier partiellement ou totalement, ou bien de les révoquer.*

*Je m'engage à conserver mes directives anticipées dans un lieu aisément accessible par le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement(s) dans le cadre de ma fin de vie. (Par exemple : dans mon dossier médical partagé, mon dossier médical tenu par mon médecin traitant et/ou auprès de ma personne de confiance, ou bien auprès d'un membre de ma famille ou d'un proche.)*

*Je m'engage également à transmettre une copie de mes directives anticipées lors de mon admission dans un établissement de santé ou médico-social.*

**Cas particulier : patient dans l'impossibilité d'écrire**

**Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) ce formulaire de recueil, deux personnes peuvent attester ci-dessous que l'expression de votre volonté : remplir la page 3 de ce formulaire.**

**Si le patient / résident est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même ses directives anticipées :**

**Signatures des témoins :**

**Témoïn 1 :**

Je soussigné(e) :

.....  
atteste que les directives anticipées rédigées ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme :

.....

**Signature Témoïn 1 :**

*Dans le cas où le patient /résident est dans l'impossibilité d'écrire et/ou de signer lui-même*

**Témoïn 2 :**

Je soussigné(e) :

.....  
atteste que les directives anticipées rédigées ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme :

.....

**Signature Témoïn 2 :**

*Dans le cas où le patient /résident est dans l'impossibilité d'écrire et/ou de signer lui-même*