

# DIRECTIVES ANTICIPEES

Le décret n°2006-119 relatif aux directives anticipées précise que toute **personne majeure** peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin d'exprimer ses **volontés quant à sa fin de vie**, qui peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave.

La clinique Charcot met à votre disposition ce formulaire si vous souhaitez rédiger vos directives anticipées. Ce n'est pas une obligation de le remplir.

Prenez le temps d'en parler avec vos proches et/ou votre médecin.

Le praticien responsable de votre prise en charge et/ou le cadre du service sont à votre disposition pour de plus amples informations.

## **Identité de la personne souhaitant déclarer ses « directives anticipées » :**

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

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

## **Rédaction :**

Avez-vous déjà rédigé des directives anticipées ?  Oui  Non

**Si oui**, souhaitez-vous qu'elles soient intégrées à votre dossier médical de la clinique Charcot ?

Oui (merci de nous les remettre)  Non

**Si non**, souhaitez-vous en rédiger ?  Oui (remplir le formulaire ci-dessous)  Non

*Cette attestation doit être écrite, datée et signée de la main de son auteur.*

Fait le :

à :

Signature :

Je suis en bonne santé ou  Je suis atteint d'une maladie grave

Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

« 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/ Maintien en vie artificiel** (par exemple après traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si  j'accepte  
ou  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/ Actes et des traitements médicaux** n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si  j'accepte  
ou  je refuse

de tels actes ou traitements (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc...).

**3/ 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  
 je ne veux pas

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.

**4/ Mes autres volontés** (ce que j'aimerais encore écrire) : Tourner la page



