

Vous êtes à l'hôpital, vous allez y entrer.

Ce peut être le moment de prendre des décisions importantes, qui pourront être utiles un jour.

Les prendre aujourd'hui évitera que d'autres les prennent ce jour là à votre place, sans que vos volontés puissent être respectées, faute de les connaître.

↳ Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie permet à toute personne majeure de rédiger ses directives anticipées.

DEFINITION

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou disproportionnée ou la prolongation artificielle de la vie.

COMMENT LES REDIGER ?

Il s'agit donc d'un document écrit, que vous aurez daté et signé. Votre identité doit y être clairement indiquée (nom, prénom, date et lieu de naissance).

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire et de signer vous-même ce document, vous pouvez demander à deux témoins, dont votre **personne de confiance** si vous en avez désignée une, d'attester que le document que vous n'avez pu rédiger vous-même est l'expression de votre volonté libre et éclairée. Vos témoins devront indiquer leur nom et qualité. Leur attestation devra être jointe aux directives anticipées.

Votre médecin peut à votre demande joindre à vos directives anticipées, au moment de leur insertion dans votre dossier médical, une attestation constatant que vous étiez lors de leur rédaction en état d'exprimer librement votre volonté.



Vous pouvez à tout moment révoquer vos directives anticipées, les modifier partiellement ou totalement. Toute modification fait courir une nouvelle période de trois ans.

DUREE DE VALIDITE

Vos directives anticipées sont valables 3 ans. Cette durée est renouvelable. Il suffit pour cela que vous le confirmiez sur votre document en le signant ou avec l'aide de vos témoins si vous ne pouvez pas signer.

CONSERVATION

Vos directives anticipées seront conservées dans votre dossier médical, soit celui constitué par votre médecin de ville, soit en cas d'hospitalisation dans celui de l'Hôpital.

Vous pouvez également conserver vous-même vos directives anticipées ou les remettre à votre personne de confiance, à un membre de votre famille ou à un proche. Dans ce cas, vous devez faire mentionner dans votre dossier médical ou dans le dossier du médecin de ville leur existence et le nom de la personne qui les détient.

Annexe : Fiche de recueil de directives anticipées



HSJ Seyne-les-Alpes

DIRECTIVES ANTICIPES

INFORMATION
DESTINEE AUX
PATIENTS

Version 1

FICHE DE RECUEIL

S'il arrivait un moment où je ne sois plus en état de prendre part aux décisions concernant mes traitements de fin de vie, je demande que la déclaration ci-dessous soit considérée comme l'expression formelle de mes volontés.

Je, soussigné(e).....

Né(e)le.....

Demande qu'on ne me maintienne pas en vie par des moyens artificiels et disproportionnés.

Demande que des médicaments appropriés me soient donnés pour soulager efficacement mes douleurs et mes angoisses, même si je suis conscient que cela devait hâter le moment de ma mort.

Demande au contraire que tout traitement possible me soit accordé jusqu'au bout.

Autres directives :

- ↺
- ↺
- ↺
- ↺
- ↺

Je veux que vous vous sentiez légalement obligés de suivre et de respecter mes choix libres et éclairés. Ces directives vous sont données après mûre réflexion, lucide, en toute liberté et en conformité avec la morale et la Loi du 25 avril 2005. Je sais que je peux annuler ou modifier ces directives en tout temps, tant verbalement que par écrit.

Fait enexemplaires.

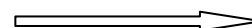
....., le.....

Lieu / date

Nom / Prénom

Signature :

Dans l'impossibilité de rédiger et de signer elle / lui-même sa directive anticipée





HSJ Seyne-les-Alpes

DIRECTIVES ANTICIPES

INFORMATION
DESTINEE AUX
PATIENTS

Version 1

Directive anticipée par délégation (la signature de deux témoins est obligatoire)

Je soussigné(e), témoin, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, atteste que le présent document est l'expression de la volonté libre et éclairée de

Madame / Monsieur.....

Qui est dans l'impossibilité de rédiger et de signer elle / lui-même sa directive anticipée.

Nom / Prénom :.....

.....

Qualité : témoin / personne de confiance (1)

Signature :

(1)Rayer mention inutile

Nom / Prénom :.....

.....

Qualité : témoin / personne de confiance (1)

Signature :

(1)Rayer mention inutile

Une copie de cette directive anticipée a été transmise à :

- **Ma personne de confiance / témoin** (1) rayer mention inutile
 - Nom et prénom :
 - Adresse :
 - Tél :
 - E-mail :
- **Autre personne / témoin** (1) rayer mention inutile
 - Nom et prénom :
 - Adresse :
 - Tél :
 - E-mail :
- **Médecin traitant**
 - Nom et prénom :
 - Adresse :
 - Tél :
 - E-mail :

Renouvellement : en datant et en signant, je confirme ma directive anticipée :

1. Lieu / date / signature

2. Lieu / date / signature

2. Lieu / date / signature

3. Lieu / date / signature