

# Directives anticipées

Nom :

Prénom :

Date :

Vos directives anticipées expriment par écrit vos souhaits concernant les traitements et les actes médicaux au cas où vous ne pourriez plus les communiquer. Dans cette situation, quels sont les traitements et actes médicaux que vous souhaiteriez voir utilisés, limités ou non utilisés ?

Action	OUI	NON	Ne sait pas	Commentaires
<b>Réanimation cardiovasculaire</b> (massage cardiaque, choc électrique avec défibrillateur, respiration artificielle invasive)				
<b>Respiration artificielle invasive</b> (trachéotomie, intubation)				
<b>Transfusion de produits dérivés du sang</b> (globules rouges, plaquettes, plasma...)				
<b>Alimentation artificielle</b> (par sonde jusqu'au tube digestif ou par voie veineuse)				
<b>Hydratation artificielle</b> (par sonde jusqu'au tube digestif ou par voie veineuse)				
<b>Hémodialyse</b> (rein artificiel)				
<b>Sédation profonde et continue jusqu'au décès</b> (endormir une personne malade pour éviter des souffrances alors que le décès est imminent et inévitable)				
<b>Don d'organes</b> (en cas de mort cérébrale, prélèvement d'organe pour soigner quelqu'un qui en a besoin)				
<b>Don du corps à la science</b> (pour des travaux de recherche scientifique)				

\* Vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à toutes les questions.

## Expression libre

Vous pouvez écrire ici ce qui vous semble important et/ou exprimer vos souhaits concernant l'utilisation des traitements et actes médicaux proposés.

## Désignation de votre personne de confiance

Je soussigné.e :

Né.e le :

à :

Désigne Monsieur / Madame :

Né(e) le :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Adresse postale :

Lien avec la personne : parent / médecin / proche

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance.

J'ai bien noté que Monsieur / Madame \_\_\_\_\_ :

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux,
- pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre,
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin,
- sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à ,

le

Votre signature

Signature de la personne désignée