

(Etablissez plusieurs exemplaires afin d'en remettre à chacun des destinataires que vous aurez choisis et conserver un exemplaire sur vous)- Code de la Santé Publique : Art. L. 1110-4 et L.1110-4-1 ; Art. L 1110-5-1; Art. L 1110-5-2; Art. L 1110-5-3 ; Art. L 1111-6 ; Art. L 1111-11; Art L 1111-12 modifié; Art. R.1111-17 modifié ; Art. R. 1111-18 ;Art. R 1111-19 ; Art. R.1111-20 ; Art. R. 1111-20 ; Art R.1112-2.

La loi du 2 février 2016, dite « loi LEONETTI-CLAEYS » relative aux nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie permet à toute personne majeure y compris la personne sous tutelle (avec autorisation du juge ou du conseil de famille), si elle le souhaite, de faire une déclaration écrite, appelée « Directives anticipées », afin de préciser ses volontés concernant la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitement ou d'actes médicaux, pour le cas où elle serait, un jour, hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées, sont conservées dans le dossier médical et sont REVISABLES A TOUT MOMENT et PAR TOUT MOYEN, VALABLES SANS LIMITATION DE DUREE.

Pour plus d'informations : vous pouvez consulter les affichages dans les unités de soins et points d'accueil, ainsi que la note explicative insérée dans le livret d'accueil qui vous a été remis lors de votre admission ou vous rapprocher du médecin référent de l'unité de soins dont vous dépendez ; Vous pouvez aussi vous connecter sur le site Internet du CH de Bastia : <http://www.ch-bastia.fr>

Je soussigné(e), (nom de naissance et /ou d'épouse, prénoms)

Date et lieu de naissance:

Coordonnées (adresse et téléphone) :

Je suis en mesure de rédiger seul(e), mes directives anticipées, en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés ⁽¹⁾ : OUI NON

Situation A : Je suis atteint d'une maladie grave et je pense être proche de la fin de ma vie ⁽¹⁾ OUI NON

Situation B : Je pense être en bonne santé, je ne suis pas atteint d'une maladie grave ⁽¹⁾ OUI NON

Mes volontés sont les suivantes :

A propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple : coma en phase terminale d'une maladie), j'indique **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 :

.....

A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet et qui apparaîtraient inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, j'indique **si j'accepte ou si je refuse** qu'ils soient entrepris ou arrêtés.

.....

A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, j'indique **si je veux ou non bénéficier de cette sédation** qui m'endort et a pour objectif la perte de la conscience jusqu'à mon décès.

.....

Je confie mes directives anticipées à ⁽¹⁾ : Médecin traitant Médecin hospitalier Personne de confiance Famille
Proche Témoins

Nom, prénom et coordonnées :

.....

CAS PARTICULIER

Si le patient est dans l'impossibilité de rédiger lui même ses directives anticipées, deux témoins (dont la personne de confiance si elle a été désignée par le patient) attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

	1 ^{er} témoin	2 ^{ème} témoin
Nom, Prénom, qualité		
Date et signature		

Fait à Le/...../..... SIGNATURE

⁽¹⁾ Cocher la rubrique correspondante

Rédaction	Vérification	Approbation
Mmes GIORGI et KNAYER, PCRU	Mme SANTINI, RAQ	M. TARDI, Directeur Adjoint
Date : 22/09/2016	Date : 13/10/2016	Date : 13/10/2016
Visa : Signé	Visa Signé	Visa : Signé

