

Les informations sont recueillies sur ce formulaire par le Centre Hospitalier de Bastia dans le but de vous permettre de déclarer vos directives anticipées. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, veuillez nous contacter à l'adresse : dpo@ch-bastia.fr / **service chargé de l'exercice des droits**. Pour plus d'informations, consulter notre site internet : www.ch-bastia.fr

✕ QUI SUIS-JE ?

Nom et prénoms :

Date et lieu de naissance :



✕ POURQUOI CE DOCUMENT ?

Ce document sert à exprimer mes volontés pour ma fin de vie afin que mes proches et les soignants sachent quoi faire.

1- A propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (ex : coma en phase terminale d'une maladie)

- ☐ Je veux **qu'on me maintienne en vie artificiellement**
- ☐ **Je ne veux pas** être maintenu en vie artificiellement
- ☐ Je ne sais pas



2- La loi prévoit que certains traitements peuvent ne pas être commencés ou être arrêtés s'ils sont inutiles, trop lourds, ou s'ils ne servent qu'à maintenir la vie de façon artificielle

Actes et traitements médicaux à mettre en place		Actes et traitements médicaux à arrêter s'ils sont déjà entrepris	
Réanimation cardiaque et respiratoire (ex : tube pour respirer)	☐ OUI ☐ NON	Réanimation cardiaque et respiratoire (ex : tube pour respirer)	☐ OUI ☐ NON
Intervention chirurgicale	☐ OUI ☐ NON	Intervention chirurgicale	☐ OUI ☐ NON
Dialyse (machine pour les reins)	☐ OUI ☐ NON	Dialyse (machine pour les reins)	☐ OUI ☐ NON
Alimentation /hydratation artificielle	☐ OUI ☐ NON	Alimentation /hydratation artificielle	☐ OUI ☐ NON
Autres :	☐ OUI ☐ NON	Autres :	☐ OUI ☐ NON
Autres :	☐ OUI ☐ NON	Autres :	☐ OUI ☐ NON

3- 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 un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

- ☐ OUI, **je veux** bénéficier d'une sédation profonde et continue

☐ NON, je ne veux pas bénéficier d'une sédation profonde et continue

Fait le : à

Signature :

♦ Si vous êtes dans l'incapacité d'écrire et de signer vos directives, mais que vous êtes en état d'exprimer votre volonté :

Vous pouvez faire appel à 2 témoins (dont votre personne de confiance) pour les rédiger à votre place. Ces personnes doivent attester que ce document, rédigé par l'un d'entre eux ou par un tiers, exprime bien votre volonté.

TEMOIN 1	TEMOIN 2
Je soussigné(e) Nom et prénoms :	Je soussigné(e) Nom et prénoms :
Qualité/Niveau de relation : (frère, ami...)	Qualité/Niveau de relation : (frère, ami...)
atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme :	atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme :
Fait le à	Fait le à
	Signature :

Les directives anticipées
s'imposent-elles au médecin ?

OUI elles s'imposent au médecin, cependant elles peuvent ne pas être appliquées :

- en urgence vitale (le temps d'évaluer la situation)
- si elles sont inadaptées ou incohérentes avec la situation médicale

Dans ce cas, la décision est prise de manière collégiale et expliquée à

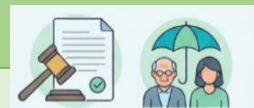
Cas particulier de la tutelle



Vous pouvez rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge (ou du conseil de famille s'il existe).

Vous devrez joindre une copie de cette autorisation.

Durée et modification



Les directives sont valables sans limite de durée.
Elles sont modifiables ou annulables à tout moment.

Seule la version la plus récente est prise en compte.

Conseils pratiques



Enregistrez les dans votre Dossier Médical Partagé (DMP)
et informez vos proches

