

**Je soussigné(e)** (nom-prénom) :

-----

**Né(e) le** ----- **à** ----- **Téléphone** : -----

**Adresse** : -----

Dans le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté au moment de la fin de ma vie, je déclare que mes directives anticipées correspondent aux affirmations exprimées ci-dessous :

## Je veux des soins et des traitements proportionnés

• *Toute personne mérite d'être soignée jusqu'à la fin de sa vie dans de justes proportions, en bénéficiant des techniques disponibles les plus efficaces mais sans subir des traitements inutiles ou disproportionnés. Autant que possible, elle doit être associée au choix des soins qu'elle reçoit.*

• *Toute personne en phase terminale d'une maladie irréversible, sans espoir de guérison, peut demander que soient limités ou interrompus les traitements devenus inutiles ou disproportionnés ; la limitation ou l'arrêt de ces traitements n'est pas à confondre avec l'euthanasie.*

• *Toute personne doit pouvoir bénéficier jusqu'à la fin de sa vie des soins palliatifs dont elle a besoin : soulagement de sa souffrance par des soins antidouleur adaptés, et prise en charge personnalisée en fonction de son état physique (nutrition, hydratation, soins infirmiers, kinésithérapie...), psychologique (présence attentive, respect de la pudeur, écoute, soutien moral...) et de ses besoins spirituels.*

• *Toute personne doit pouvoir être prise en charge par une équipe pluri-disciplinaire en cas de décision grave pour sa santé. Cette décision doit être réexaminée d'autant plus souvent que le risque est important à court terme (exemples : réévaluation régulière d'une décision de prise en charge palliative ; réévaluation fréquente de la sédation profonde, qui doit être exceptionnelle et, dans la mesure du possible, réversible).*

## Je veux un accompagnement de qualité

• *Toute personne, quel que soit son état de santé physique ou mental, doit être regardée avec respect jusqu'au terme de sa vie ; membre d'une communauté humaine solidaire, elle ne doit pas être considérée comme inutile ou comme privée de dignité ; elle a droit aux soins palliatifs ; sa mort ne doit jamais être délibérément provoquée.*

• *Toute personne a le droit d'être accompagnée par les soignants et par ses proches dans la confiance ; elle a besoin de relations de vérité concernant sa situation ; si elle le souhaite et que son état le permet, elle doit pouvoir finir ses jours à son domicile.*

• *Toute personne confrontée à une situation de santé difficile (diagnostic grave, lourde dépendance, angoisse face à la mort) ou à des tentations suicidaires doit être soutenue, réconfortée et entourée par les soignants, ses proches ou des bénévoles, pour vivre le plus paisiblement possible la fin de sa vie.*

• *Toute personne, en prévision d'une situation où elle ne pourrait plus s'exprimer, doit être encouragée à choisir une personne de confiance, ayant la responsabilité légale d'être son porte-parole auprès du personnel médical, dans le respect des dispositions contenues dans la présente charte.*

## Je ne veux donc ni acharnement thérapeutique ni euthanasie

## Précisions éventuelles :

(peuvent être complétées ultérieurement)

Compte-tenu de ma maladie grave ou de mon handicap à **ce jour**, je souhaite préciser les volontés suivantes :

Mon médecin m'ayant indiqué les actes ou traitements médicaux envisageables à l'avenir (par exemple : intervention chirurgicale, dialyse, chimiothérapie, réanimation, trachéotomie, gastrostomie...)

**Ce que j'accepte** (ou demande) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ce que je refuse** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Je désigne comme personne de confiance :

**Nom** : \_\_\_\_\_ **Prénom** : \_\_\_\_\_

**E-mail** : \_\_\_\_\_

**Adresse** : \_\_\_\_\_

**Téléphone privé** : \_\_\_\_\_

**Téléphone professionnel** : \_\_\_\_\_

**Téléphone portable** : \_\_\_\_\_

NB : cette personne a été informée de ma décision et a accepté cette mission. Elle a pris connaissance de mes directives anticipées. Je lui donne procuration pour avoir accès au dossier médical me concernant, et elle sera chargée de veiller au respect de mes volontés et de mes droits.

## Je souhaite les dispositions complémentaires suivantes :

J'ai conscience que ces informations ne relèvent pas d'un cadre légal, mais qu'elles peuvent être jugées utiles pour mes proches.

**a) Lieu de fin de vie** : si cela est médicalement possible, je souhaite terminer ma vie à domicile :

Oui       Non       Ne sais pas

**b) Relations** : avant de mourir, j'aimerais voir ou revoir les personnes suivantes :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**c) Spiritualité** : à l'approche de la mort, en raison de mes convictions philosophiques ou spirituelles, j'aimerais être mis en relation avec : \_\_\_\_\_

**d) Don d'organes** : Je suis d'accord pour qu'après mon décès avéré, un ou plusieurs de mes organes soient donnés : <sup>1</sup>

Oui       Non\*       Ne sais pas

\* Inscription en ligne possible sur ce site [www.registrenationaldesrefus.fr/](http://www.registrenationaldesrefus.fr/)

<sup>1</sup> Pour vous aider à discerner : [www.alliancevita.org/dondorganes](http://www.alliancevita.org/dondorganes)

Date : \_\_\_\_\_

Ma signature :

\_\_\_\_\_

Signature de la personne de confiance :

\_\_\_\_\_

## Pour retrouver ce document facilement :

1. Je conserve l'ORIGINAL dans mes affaires personnelles (sur moi, à mon domicile...)
2. Je remets une copie à ma personne de confiance et éventuellement à mon médecin traitant.
3. Je découpe cette carte déclarant que j'ai rédigé mes directives anticipées. Je la remplis et je la garde dans mon portefeuille.

Vous pouvez remplir, découper cette carte, la plier, la coller dos à dos et la garder dans votre portefeuille. En cas d'accident on saura que vous avez rédigé vos directives anticipées et à qui s'adresser pour les connaître.

| Je déclare avoir rédigé mes directives anticipées !                 |                      | Extraits de mes directives anticipées  |  |
|---|----------------------|--|--|
| Nom : _____   | Prénom : _____       | <input checked="" type="checkbox"/> Je veux des soins<br>et des traitements proportionnés    | <input checked="" type="checkbox"/> Je veux un accompagnement de qualité |
| Date : _____  | Ma signature : _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Je ne veux ni acharnement thérapeutique<br>ni euthanasie |  |
| Si je ne peux plus m'exprimer,<br>contactez mon médecin traitant :  |                      |  |  |
| Nom : _____   | Téléphone : _____    |  |  |
| Ville : _____   |                      |  |  |
| Ou ma personne de confiance :                                       |                      |  |  |
| Nom : _____   | Téléphone : _____    |  |  |
| Ville : _____   |                      |  |  |
| Ils possèdent tous deux un exemplaire de mes directives anticipées. |                      |  |  |

