

# Je rédige et je garde avec moi mes directives anticipées

## // Je soussigné(e)

Prénom et nom	
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 coche les propositions auxquelles j'adhère.

**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 pluridisciplinaire 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 éléments suivants :

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 ma personne de confiance

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 mon porte-parole auprès des soignants le cas échéant.

Prénom

Nom

E-mail :

Adresse

Téléphone privé

Téléphone professionnel

Téléphone portable

## // 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.

### LIEU DE FIN DE VIE

Si cela est médicalement possible, je souhaite terminer ma vie à domicile :  Oui  Non  Ne sais pas

**RELATIONS** Avant de mourir, j'aimerais voir ou revoir les personnes suivantes :

**SPIRITUALITÉ** À l'approche de la mort, en raison de mes convictions philosophiques ou spirituelles, j'aimerais être mis en relation avec :

**DON D'ORGANES** Je suis d'accord pour qu'après mon décès avéré, un ou plusieurs de mes organes soient donnés :

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

Oui  Non\*  Ne sais pas

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

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 la carte  
déclarant que j'ai  
rédigé mes directives  
anticipées sur le rabat  
de ce livret. Je la remplis  
et je la garde dans mon  
portefeuille.