 <b>Association Hospitalière</b> DE BRETAGNE	<b>Dossier du patient</b>	DP 88 Version 01
	<b>DIRECTIVES ANTICIPEES</b>	<b>Patient :</b>  Nom : Prénom : N°IPP :

**Article L 1111 – 1 du CSP. Décret n° 2016-1067 du 3/08/2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2/02/2016 :**

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à la fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux.

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées selon un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat. Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale et inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches. Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'accord du juge ou du conseil de famille s'il est constitué.

**MODELE A :** ➤ **je suis atteint d'une maladie grave**  
➤ **je pense être proche de la fin de ma vie**

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie. Mes volontés sont les suivantes :

**1-** à propos des situations dans lesquelles je risque de me retrouver (par ex : situation de coma en phase terminale d'une maladie) :

➤ Dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches,  **j'accepte**       **je refuse**      que l'on me maintienne artificiellement en vie.

**2-** à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet, la loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

➤ J'indique donc ici si  **j'accepte ou si**       **je refuse**      que soient entrepris des actes et traitements médicaux me maintenant artificiellement en vie, notamment réanimation cardiaque et respiratoire, dialyse rénale, intervention chirurgicale....

➤ Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si  **j'accepte ou si**       **je refuse** qu'ils soient arrêtés, notamment assistance respiratoire, dialyse rénale, alimentation et hydratation artificielles...


**3-** à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

➤ En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique si  **j'accepte**       **je refuse**      de 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.

Nom : .....      Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Fait le : .....      à : .....      Signature : .....

	<b>Dossier du patient</b>	DP 88 Version 01
	<b>DIRECTIVES ANTICIPEES</b>	Patient :  Nom : Prénom : N°IPP :

**MODELE B :** ➤ **Je pense être en bonne santé**  
 ➤ **Je ne suis pas atteint d'une maladie grave**

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

**1-** à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par ex traumatisme crânien, AVC... entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible) :

➤ J'indique ici notamment 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.

**2-** à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet, la loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

➤ J'indique donc ici si  **j'accepte** ou si  **je refuse** de tels actes, notamment réanimation cardiaque et respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles....).

**3-** à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

➤ En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique si  **j'accepte** ou si  **je refuse** de 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.

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Fait le : ..... à : ..... Signature : .....

Lorsque l'auteur de ces directives anticipées, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à **deux témoins**, dont la personne de confiance, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

Ces témoins indiquent leur nom et qualité :

<p><u>Témoïn 1 :</u></p> <p>Nom, prénom : .....</p> <p>Qualité : .....</p> <p>Date et Signature :</p>	<p><u>Témoïn 2 :</u></p> <p>Nom, prénom : .....</p> <p>Qualité : .....</p> <p>Date et Signature :</p>
---	---