

## EADSP 36

EQUIPE D'APPUI DEPARTEMENTALE  
EN SOINS PALLIATIFS  
DE L'INDRE

23, rue Saint-Exupéry  
36000 Châteauroux

Tél : 02 54 08 00 72 Fax : 02 54 60 81 68 E-mail : [eadsp36@wanadoo.fr](mailto:eadsp36@wanadoo.fr)

### DIRECTIVES ANTICIPEES

**Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016, relatif aux directives anticipées** prévues par la Loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016 :

**Art. L. 1111-11 :** « 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 sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux. **A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables.** »

« 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 définie par voie réglementaire et est 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. »

**L'EADSP 36 se tient à votre disposition pour toute information complémentaire que vous jugeriez nécessaire pour la rédaction de ces directives ou pour vous accompagner dans vos prises de décision.**

**Je, soussigné(e) :**

Mr, Mme, ..... Nom de famille : .....

Né(e) le : ..... à ..... Département .....

Demeurant : .....

**désire par la présente effectuer la rédaction de mes directives anticipées concernant mon état de santé à venir.**

**Si mon état de santé ne me permettait plus de m'exprimer**, je souhaite que les présentes directives anticipées soient prises en compte.

<b>REANIMATION</b>			
<p><b>Assistance respiratoire mécanique</b> (par le biais d'une intubation<sup>1</sup>, d'une trachéotomie<sup>2</sup>).</p> <p>Si je bénéficie déjà d'une assistance respiratoire, je veux qu'elle soit :</p> <p><u>Commentaire</u> : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> j'accepte   <input type="checkbox"/> maintenue	<input type="checkbox"/> je refuse   <input type="checkbox"/> arrêtée	<input type="checkbox"/> je ne sais pas   <input type="checkbox"/> je ne sais pas
<p><b>Oxygénothérapie</b> (par le biais de lunettes ou d'un masque)</p> <p>Si je bénéficie déjà d'une oxygénothérapie, je veux qu'elle soit :</p> <p><u>Commentaire</u> : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> j'accepte   <input type="checkbox"/> maintenue	<input type="checkbox"/> je refuse   <input type="checkbox"/> arrêtée	<input type="checkbox"/> je ne sais pas   <input type="checkbox"/> je ne sais pas
<p><b>Réanimation cardio-respiratoire</b> (Procédures médicales d'urgence pour stimuler le cœur et/ou insuffler de l'air dans les poumons).</p> <p><u>Commentaire</u> : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> j'accepte	<input type="checkbox"/> je refuse	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
<b>COMPLICATIONS INFECTIEUSES</b>			
<p><b>Traitement antibiotique</b> (médicaments pour combattre une infection).</p> <p>Si je bénéficie déjà d'un tel traitement, je veux qu'il soit :</p> <p><u>Commentaire</u> : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> j'accepte   <input type="checkbox"/> maintenu	<input type="checkbox"/> je refuse   <input type="checkbox"/> arrêté	<input type="checkbox"/> je ne sais pas   <input type="checkbox"/> je ne sais pas
<b>ANEMIE OU SAIGNEMENT</b>			
<p><b>Transfusion</b><sup>3</sup></p> <p>Si je bénéficie déjà de transfusion, je veux qu'elle soit :</p> <p><u>Commentaire</u> : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> j'accepte   <input type="checkbox"/> maintenue	<input type="checkbox"/> je refuse   <input type="checkbox"/> arrêtée	<input type="checkbox"/> je ne sais pas   <input type="checkbox"/> je ne sais pas

**PARAMETRES BIOLOGIQUES****Désordres biologiques**

Surveillance

 j'accepte je refuse je ne sais pasCorrection <sup>4</sup> j'accepte je refuse je ne sais pasCommentaire : .....

.....

.....

**ALIMENTATION ET HYDRATATION****Alimentation artificielle**- entérale <sup>5</sup> j'accepte je refuse je ne sais pas- parentérale <sup>6</sup> j'accepte je refuse je ne sais pas

Si je bénéficie déjà d'une alimentation artificielle, je veux qu'elle soit :

 maintenue arrêtée je ne sais pasCommentaire : .....

.....

.....

**Hydratation artificielle <sup>7</sup>**

Si je bénéficie déjà d'une hydratation artificielle, je veux qu'elle soit :

 j'accepte je refuse je ne sais pas maintenue arrêtée je ne sais pasCommentaire : .....

.....

.....

**DIALYSE RENALE****Dialyse rénale <sup>8</sup>**

Si je bénéficie déjà d'une dialyse rénale, je veux qu'elle soit :

 j'accepte je refuse je ne sais pas maintenue arrêtée je ne sais pasCommentaire : .....

.....

.....

**INTERVENTION CHIRURGICALE****Intervention chirurgicale** j'accepte je refuse je ne sais pasCommentaire : .....

.....

.....

***En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je refuse ou non une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :***

je refuse

je le souhaite

je ne sais pas

***Vous pouvez ici indiquer si vous acceptez ou refusez la mise en œuvre ou la poursuite d'autres actes ou traitements non cités préalablement :***

.....

.....

.....

.....

.....

Nota bene :

*Ces gestes peuvent être envisagés de façon temporaire ou définitive, selon l'évolution de votre état de santé sous l'effet de ces thérapeutiques et/ou de vos décisions.*

<sup>1</sup> *L'intubation est un tuyau introduit dans la trachée permettant d'insuffler de l'air dans les poumons, afin d'aider la fonction respiratoire déficiente.*

<sup>2</sup> *La trachéotomie est un orifice percé au niveau du cou permettant éventuellement d'introduire un tuyau directement dans la trachée et d'y brancher un appareil d'aide à la ventilation.*

<sup>3</sup> *L'objectif de la transfusion est de remédier à l'anémie ou de prévenir un risque de saignement (transfusion de plaquettes). Elle doit être réalisée en milieu hospitalier.*

<sup>4</sup> *Correction des concentrations dans le sang de sel, potassium, sodium, calcium, sucre, .....*

<sup>5</sup> *En cas de difficulté à déglutir, l'alimentation entérale permet d'administrer des substances nutritives à l'aide, soit d'une sonde passée par le nez et reliée à l'estomac (sonde naso-gastrique), soit d'une sonde qui pénètre directement dans l'estomac ou l'intestin par un orifice percé à travers la paroi de l'abdomen (gastrostomie ou jéjunostomie).*

<sup>6</sup> *En cas de difficulté à déglutir, l'alimentation parentérale permet d'administrer des substances nutritives directement dans une veine par une perfusion.*

<sup>7</sup> *En cas de difficulté à déglutir, l'hydratation artificielle permet d'administrer directement un liquide soit dans une veine, soit sous la peau par une perfusion, soit par un orifice percé à travers la paroi de l'abdomen (gastrostomie ou jéjunostomie).*

<sup>8</sup> *En cas d'insuffisance rénale, la dialyse permet de filtrer le sang pour en éliminer les déchets et les liquides excédentaires.*

**En dehors de ces directives anticipées, je fais état de mes volontés suivantes :**

<b>DON D'ORGANES</b>			
J'accepte de faire don de <u>tous</u> mes organes et tissus.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
J'accepte seulement de faire don des organes et tissus suivants : ..... .....			
Je souhaite donner mon corps à la science.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
<b>AUTOPSIE</b>			
J'accepte que soit pratiquée une autopsie de mon corps si les médecins le souhaitent.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas

*Si vous avez des souhaits ou volontés autres que de nature médicale concernant votre fin de vie, qui ne sont pas exprimés dans aucune autre partie de ce document, vous pouvez les indiquer ici. Ces informations (valeurs philosophiques auxquelles vous vous référez, lieu où vous souhaitez finir vos jours...) ne constituent pas une directive au sens de la loi, mais elles pourront guider l'action des médecins amenés à vous soigner.*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à .....

le .....

Signature du patient

***L'EADSP 36 pourra se charger, avec votre accord, de diffuser vos directives anticipées auprès de votre médecin référent ou de tout autre intervenant en santé susceptible d'être concerné.***

**Eventuellement :**

« Si l'auteur de ces directives est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à **deux témoins** d'attester, que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même, est l'expression de sa volonté libre et éclairée ».

**1<sup>er</sup> témoin**

**2<sup>ème</sup> témoin**

Nom et prénom :.....  
Qualité : .....  
Date et lieu de naissance : .....  
.....

Nom et prénom : .....  
Qualité : .....  
Date et lieu de naissance : .....  
.....

Date :

Date :

Signature

Signature