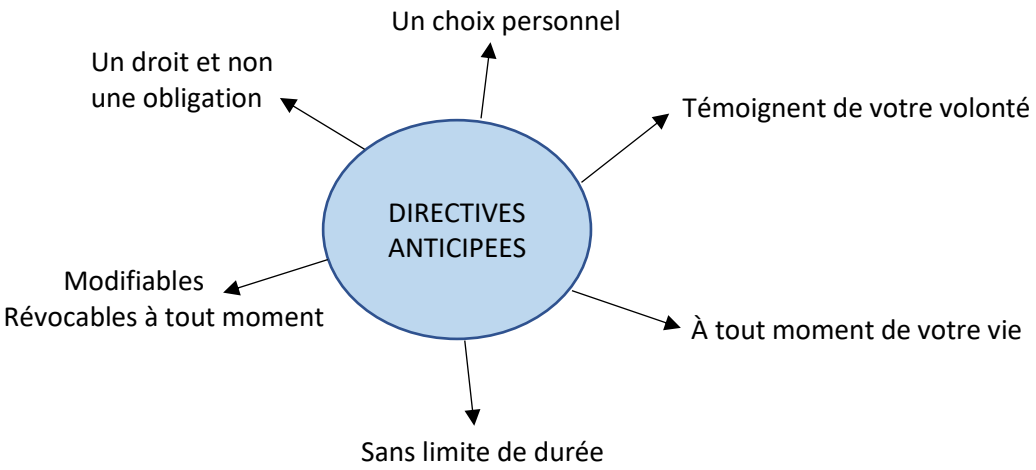
CENTRE HOSPITALIER DE LANGEAC
Pierre Gallice

DIRECTIVES ANTICIPEES

Loi n°99-477 du 09 Juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux Soins Palliatifs
Loi Léonetti du 22 Avril 2005 - Loi n° 2005-370 Décret n° 2006-119 du 6 février 2006
Loi Claeys-Léonetti : Loi n° 2016-87 du 2 février 2016- Décret du 3 août 2016

« Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté. »

Les directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements.
Le médecin les appliquera, totalement ou partiellement, en fonction des circonstances, de la situation ou de l'évolution des connaissances médicales.



Vous devez **écrire vous-même** vos directives, dater et signer, en précisant vos noms, prénoms, date et lieu de naissance.
NB. : Vous pouvez rédiger vos directives anticipées à l'aide du présent document, sur papier libre, ou à l'aide de tout autre formulaire, mis à disposition sur Internet par la Haute Autorité de Santé.

Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à 2 témoins (dont votre personne de confiance, si vous l'avez désignée) qui indiqueront leur nom et qualité et attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée. Le document sera écrit par un des 2 témoins ou par un tiers.
Les personnes faisant l'objet d'une mesure de tutelle peuvent rédiger leurs directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué

Comment faire pour s'assurer qu'elles seront prises en compte au moment voulu ?

Plusieurs choix sont possibles :
- Les garder en votre possession
- Les transmettre dans votre dossier médical partagé
- Les confier : à votre médecin traitant, à votre personne de confiance ou à vos proches …

Les signaler à chaque hospitalisation

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je, soussigné(e),
Nom : .....
Nom de jeune fille : .....
Prénom(s) : .....
Date et lieu de naissance : .....
Adresse : .....
.....

Énonce ci-dessous mes souhaits relatifs à ma fin de vie concernant les conditions de la limitation ou de l'arrêt de mon traitement dans l'hypothèse où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté, mes attentes concernant l'aide de soins palliatifs ou l'accompagnement dont je souhaite pouvoir bénéficier (Exemples : alimentation artificielle, transfusion, respiration artificielle, droit à la sédation profonde et continue, réanimation…).

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

❒ Je fais l'objet d'une mesure de tutelle, je joins à la présente déclaration l'autorisation du Juge des tutelles.
❒ Je confie mes directives à
.....
❒ Je conserve mes directives.
Fait à ....., le ..... .
Signature

❒ Bien qu'en état d'exprimer ma volonté, je suis dans l'impossibilité d'écrire et de signer moi-même le document. Les 2 témoins ci-dessous, dont l'un est ma personne de confiance, attestent que ce document est l'expression de ma volonté libre et éclairée.

Témoin n° 1	**Témoin n° 2**
Nom, Prénoms :	Nom, Prénoms : .....
Qualité :	Qualité : .....
Atteste que les directives anticipées en date du	Atteste que les directives anticipées en date du
.....	.....
Relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de	Relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de
M/Mme	M/Mme .....
Date :.....	Date :.....
Signature	Signature
❒ *Il s'agit de ma personne de confiance*	❒ *Il s'agit de ma personne de confiance*

❒ ***Modifications***	❒ ***Révocation***
Je modifie mes directives anticipées, je complète une nouvelle fiche.	Je révoque mes directives anticipées.
Date:	Date:
Signature :	Signature :