

Si je ne devenais plus capable de m'exprimer, et ce de manière irréversible, je souhaiterais que l'on puisse prendre en considération tout au long de ma prise en charge les souhaits suivants.

J'ai pleinement conscience qu'il ne s'agit que de propositions de ma part.

Mon médecin n'est pas tenu de s'y conformer si d'autres éléments venaient modifier son appréciation.

Nom/ Prénom

OU ETIQUETTE PATIENT

En cas **d'apparition de symptômes difficiles**, Je souhaite être ré-hospitalisé :

Oui  Non  Je ne sais pas/ Je ne peux me prononcer

**A domicile**, En cas **d'aggravation brutale de mon état, avec des signes de gravité, justifiant l'envoi d'une équipe SAMU, je souhaite qu'aucune mesure thérapeutique de réanimation**, visant à prolonger inutilement ma vie, ne soit engagée ou poursuivie, comprenant un massage cardiaque externe, des chocs électriques externes, et/ou une intubation oro-trachéale, y compris un transfert dans une unité de réanimation, et je souhaite que des soins à visée de confort soient débutés.

Oui  Non  Je ne sais pas/ Je ne peux me prononcer

**Si je suis hospitalisé**, en cas **d'aggravation brutale de mon état, avec des signes de gravité**, Je souhaite qu'aucune mesure thérapeutique de réanimation, visant à prolonger inutilement ma vie, ne soit ni engagée, ni poursuivie, comprenant un massage cardiaque externe, des chocs électriques externes, et/ou une intubation oro-trachéale, y compris un transfert dans une unité de réanimation, et je souhaite que des soins à visés de confort soient débutés.

Oui  Non  Je ne sais pas/ Je ne peux me prononcer

**A domicile et /ou en cas de ré-hospitalisation**, si **ma fonction respiratoire venait à se dégrader progressivement**, je souhaite que soient débutées des mesures de suppléances adaptées (intubation, trachéotomie, ventilation non invasive)

Oui  Non  Je ne sais pas/ Je ne peux me prononcer

Disposant déjà d'une suppléance de ma fonction respiratoire, et si celle-ci n'était plus réalisable et/ou si mon état ne le justifiait plus, Je souhaite qu'aucune mesure thérapeutique de réanimation, visant à prolonger inutilement ma vie, ne soit engagée ou poursuivie

Oui  Non  Je ne sais pas/ Je ne peux me prononcer

Si je ne suis plus en mesure de **m'alimenter ou à m'hydrater par voie naturelle** :

- une sonde de gastrostomie doit être posée et une hydratation/alimentation envisagée  
 Oui  Non  Je ne sais pas/ Je ne peux me prononcer
- Une alimentation/hydratation de support, sur voie veineuse centrale ou périphérique peut être envisagée  
 Oui  Non  Je ne sais pas/ Je ne peux me prononcer

**Si mes reins ne fonctionnent plus**, je souhaite qu'un avis soit demandé et que soit discuté le projet de mise en dialyse :

Oui  Non  Je ne sais pas/ Je ne peux me prononcer

**Si mon état général s'aggrave**, je souhaite que soit interrompu :

- mon traitement de chimiothérapie

Oui  Non  Je ne sais pas/ Je ne peux me prononcer

- mon traitement de radiothérapie

Oui  Non  Je ne sais pas/ Je ne peux me prononcer

**Si mon état général s'aggrave**, je souhaite que soit interrogée avec mon équipe référente la pertinence de poursuivre des transfusions **systematiquement**

Oui  Non  Je ne sais pas/ Je ne peux me prononcer

**Autres souhaits particuliers concernant la fin de ma vie :**

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

*Extrait de l'article R1111-17*

*« Toutefois, lorsque l'auteur de ces directives 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 lorsqu'elle est désignée en application de l'article L1111-6, 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 et leur attestation est jointe aux directives anticipées. »*

**Document rédigé**

Le ...../...../.....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Né(e) le :** ..... **à** .....

**Signature personnelle :**

**Si rédigées devant témoins/personne de confiance :**

**1er témoin :**

Je soussigné(e), .....atteste, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

Nom et prénom.....

Lien avec le patient.....

Date.....

Signature :

**2ème témoin :**

Je soussigné(e), .....atteste, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

Nom et prénom.....

Lien avec le patient.....

Date.....

Signature :