



| | | |
|--|-----------------------|---|
|  <p>CENTRE HOSPITALIER BP 49 15102 SAINT - FLOUR</p>  <p>CHPR Centre Hospitalier Pierre Raynal CHAUNES-AGUES</p> | ENREGISTREMENT | Index : ENG DIP 04 Date : 15/12/2020 Version : 03 Page : 1/1 |
| DIRECTIVES ANTICIPEES | | |

Les directives anticipées

Pourquoi ?

Dans le cas où, en fin de vie vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin, à tous les soignants et aussi à votre entourage de connaître vos souhaits concernant les conditions de poursuite, de limitation, d'arrêt ou de refus de traitements ou d'actes médicaux (cf. Loi du 2/02/2016).

Cependant, les écrire ne constitue pas une obligation. Par contre, le CH de Saint-Flour doit vous informer de la possibilité de les rédiger et vous propose un modèle pour vous aider dans leur rédaction.

Dans quelles conditions ?

Il faut **être majeur**. La rédaction des directives anticipées est possible pour les majeurs sous tutelle avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille (s'il est constitué).

C'est vous qui devez les rédiger, elles doivent être datées et signées de votre main sur papier libre ou suivant un modèle.

Si vous ne pouvez écrire ou signer mais vous exprimer, vous pouvez faire appel à 2 témoins, dont votre personne de confiance, si vous l'avez désignée. Ils attesteront que le document exprime votre volonté.

Elles sont **sans limite de validité mais révocables à tout moment** en totalité ou partie. Vous pouvez même les annuler.

Il est important d'en parler à votre personne de confiance ou à défaut à vos proches ou votre médecin traitant pour les informer de la rédaction de vos directives anticipées et de leur signaler où vous les déposez.

Leur poids dans la décision médicale ?

Les directives anticipées s'imposent au médecin sauf dans 2 cas :

- **L'urgence vitale, pendant le temps nécessaire à l'évaluation complète de la situation du patient.**
- **Lorsque les directives anticipées apparaîtront manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.**



Lorsque la personne ne peut s'exprimer, le médecin doit consulter les directives anticipées, à défaut la personne de confiance ou un proche et respecter une procédure collégiale (c'est-à-dire en équipe pluri disciplinaire) afin de prendre une décision d'arrêt ou de limitation de traitement. Le médecin ne peut prendre seul une décision.

La Loi Leonetti-Claeys assure à chacun le refus de l'obstination déraisonnable (= pratiquer ou entreprendre des actes ou des traitements alors qu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie).

Les soins de confort ne sont jamais interrompus.

Bien entendu, dans tous les cas, même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin qui s'occupera de vous lors de votre fin de vie aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

Ce document est une aide pour rédiger vos directives anticipées mais il en existe d'autres notamment sur le site de l'HAS (Haute Autorité de Santé) ou de la SFAP (société française d'accompagnement et de soins palliatifs).

| | | | |
|--|--|------------------------------|---|
|  CENTRE HOSPITALIER BP 49 15102 SAINT - FLOUR |  CHPR Centre Hospitalier Pierre Raynal CHAUMES-ANGUES | ENREGISTREMENT | Index : ENG DIP 04 Date : 15/12/2020 Version : 03 Page : 1/2 |
| | | DIRECTIVES ANTICIPEES | |

Directives anticipées

Je soussigné (e) (nom, prénom)

Né (e) le à

- Je souhaite bénéficier des soins adéquats m'assurant un confort optimum.
- Je souhaite que tout soit entrepris pour calmer mes douleurs ou d'autres symptômes pénibles, même si ces traitements devaient altérer mon état de conscience ou abrégé ma vie.
- Je souhaite limiter les examens médicaux (prise de sang, radiographies, examens endoscopiques, ...) ou actes chirurgicaux non indispensables en fin de vie.

Je souhaite bénéficier des traitements suivants à entreprendre ou à poursuivre si mon état le nécessite :

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| - Hydratation par perfusion | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| - Alimentation artificielle par perfusion ou par sonde gastrique | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| - Respiration artificielle (grâce à une machine) | | | |
| Intubation (sonde dans les poumons) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| Ventilation par masque | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| - Réanimation cardio-respiratoire (en cas d'arrêt cardiaque : massage cardiaque, chocs électriques, ventilation artificielle, ...) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| - Transfusion sanguine | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| - Traitements anticancéreux : | | | |
| Radiothérapie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |

Autres Souhaits :

Je déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés pour le cas où, un jour, je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté.

Fait à Le Signature

Le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les 2 témoins ci-dessous attestent que ce document est l'expression de la volonté libre et éclairée de

Témoin 1 nom/prénom..... Qualité LeSignature.....

Témoin 2 nom/prénom..... Qualité LeSignature.....

Document sans limite de validité et révisable à tout moment.

Annulé le Signature

J'ai désigné une personne de confiance, il s'agit de : (Nom et prénom)

Adresse Tél