

# Recueil des Directives Anticipées

Vous êtes actuellement dans un des services ou à l'EHPAD du Centre Hospitalier Inter Communal CASTELSARRASIN-MOISSAC.  
**Ce peut être le moment de prendre des décisions importantes**, qui pourront vous être utiles un jour.  
**Les prendre aujourd'hui évitera que d'autres les prennent à votre place**, sans que vos volontés puissent être respectées, faute de les connaître.

### Définition des directives anticipées

Les directives anticipées sont des **instructions écrites** que donne par avance une **personne majeure consciente**, pour le cas où elle serait un jour dans l'**incapacité d'exprimer sa volonté**. Ces directives sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement jugé inutile ou disproportionné, ou la prolongation artificielle de la vie.

### Conditions nécessaires à leur rédaction

Le contenu de vos directives **vient de vous** et non d'un proche ou d'un professionnel.  
Votre **capacité de discernement** doit être intacte.  
Vous avez reçu une **information médicale claire** vous permettant de prendre une décision sans hâte.

### Durée de validité

Vos directives anticipées sont valables **sans limite de temps** mais vous pouvez à tout moment **les révoquer, les modifier** partiellement ou totalement.

### Conservation

Il est souhaitable que vous **conserviez ces directives avec vous** et que vous remettiez la copie à votre **personne de confiance, à un membre de votre famille ou à un proche**, ainsi qu'à votre **Médecin traitant**. Une copie sera conservée dans votre dossier médical.

#### Cas 1 : Je suis un patient dans un service du CHIC Je soussigné(e)

Nom, prénom.....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

A (lieu de naissance) : .....

Domicilié(e) à (adresse complète) :  
.....  
.....  
.....

Souhaite rédiger mes directives anticipées

#### Cas 2 : Je suis un résident de l'EHPAD

Nom, prénom.....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

à (lieu de naissance) : .....

Domicilié(e) à l'EHPAD (adresse complète) :  
.....  
.....  
.....

A déjà rédigé mes directives anticipées (à agraffer au présent document)

Ne Souhaite pas rédiger mes directives anticipées

Ne peut pas exprimer sa volonté (troubles cognitifs, de la conscience, ...)

Nom du Médecin : .....

Date : ..... / ..... / ..... Signature :

#### Désignation de témoins en cas d'impossibilité de rédiger seul(e) les directives anticipées

Quelqu'un peut le faire pour vous, **sous votre dictée**, devant deux personnes désignées ci-dessous (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée) :

Témoïn 1 (Nom, prénom, qualité) : .....

Témoïn 2 (Nom, prénom, qualité) : .....



CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL  
CASTELSARRASIN MOISSAC

## Recueil des Directives Anticipées

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie  
Décret du 3 août 2016 permettant à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées.

DROITS PATIENT 7 – FO2  
Version 02

### Mes Directives Anticipées

Dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches.

J'indique si j'accepte ou si je refuse **que l'on me maintienne artificiellement en vie.**

- J'accepte que l'on me maintienne artificiellement en vie  
 Je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie

Autre : .....  
.....

J'indique si j'accepte ou si je refuse **que soient entrepris des actes et des traitements médicaux pour le maintien artificiel de la vie** (*réanimation cardiaque et respiratoire, intervention chirurgicale, alimentation et hydratation artificielle, ...*).

- J'accepte que l'on me maintienne artificiellement en vie  
 Je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie

Autre : .....  
.....

**Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris**, j'indique ici si je souhaite les maintenir.

- J'accepte que l'on maintienne les actes ou traitements entrepris  
 Je refuse que l'on maintienne les actes ou traitements entrepris

Autre : .....  
.....

**En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie**, j'indique ici si je veux ou non bénéficier **d'une sédation profonde et continue associée à un traitement contre 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 souhaite bénéficier d'une sédation profonde et continue  
 Je refuse de bénéficier d'une sédation profonde et continue

Autre : .....  
.....

**Je souhaite préciser d'autres éléments qui sont importants pour moi** (*attentes particulières*) :

.....  
.....

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature patient / résident

Les témoins attestent que les directives écrites ci-dessus **sont bien l'expression de la volonté, libre et éclairée** du patient / résident, **recueillies sous sa dictée.**

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature témoin 1 :

Signature témoin 2