

Madame, Monsieur,

Vous êtes hospitalisé(e) dans un service de la clinique de Tournan. Vous prendrez avec le(s) médecin(s) s'occupant de vous les décisions concernant les explorations, traitements et soins qui seront nécessaires pour prendre en charge votre problème de santé.

La loi du 2 février 2016 (Loi Claeys-Leonetti) vous donne la possibilité de rédiger vos directives anticipées pour le cas où vous seriez un jour hors d'état d'exprimer votre volonté.

De quoi s'agit-il ?

Les directives anticipées constituent l'expression directe de votre volonté. Vous pouvez ainsi écrire ce que vous souhaitez ou ne souhaitez pas en termes d'explorations et de traitement, dans l'hypothèse où vous ne pourriez pas vous exprimer vous-même.

Quelle est la portée des directives anticipées dans la décision médicale ?

Avant une éventuelle décision de poursuite, limitation, d'arrêt ou de refus de traitement ou d'actes médicaux, il appartiendra au médecin qui s'occupe de vous de vérifier leur existence (ou non) auprès de votre famille ou de vos proches.

Les directives, quel qu'en soit le support, sont contraignantes et s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, **SAUF** en cas d'urgence vitale, le temps d'évaluer la situation et lorsque les directives anticipées lui apparaissent inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

Qui peut écrire des directives anticipées ?

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger ses directives anticipées. Si elle bénéficie d'un régime de protection légale (tutelle, curatelle), elle doit demander l'autorisation du juge, ou le cas échéant, du conseil de famille.

La rédaction des directives anticipées est un acte libre.

Votre médecin traitant ou l'équipe médico-soignante du service est à votre disposition si vous souhaitez davantage de précisions et peut vous accompagner dans la rédaction de vos directives anticipées.

À REMETTRE AU SERVICE DE SOINS

Comment faire ?

◆ Vous pouvez les écrire sur du papier libre, ou les remplir via le formulaire d'aide à la rédaction des directives anticipées de la clinique de Tournan (au verso du document) ou celui du Ministère disponible à l'accueil, les dater et les signer vous-même avec noms, prénoms, date et lieu de naissance (si vous ne pouvez pas écrire vous-même, vous pouvez les dicter en présence de deux témoins dont obligatoirement la personne de confiance, si vous l'avez déjà désignée ; ces témoins devront authentifier par leur signature qu'il s'agit bien de votre volonté).

◆ Votre médecin traitant peut, à votre demande, joindre un certificat précisant qu'il vous a délivré auparavant l'information appropriée.

Comment les modifier ?

Ces directives sont valables sans limitation de durée. Elles peuvent être révisées totalement ou partiellement, voire annulées, à tout moment et par tout moyen.

A qui les confier et où les conserver ?

Vous pouvez les conserver chez vous, chez votre personne de confiance (si vous l'avez désignée), un membre de votre famille, un proche de votre choix, un médecin de votre choix, ou dans le dossier d'un service hospitalier...

Il est également prévu de pouvoir enregistrer les directives anticipées dans le dossier médical partagé (DMP) si vous en avez ouvert un.

Attention : Il est de votre responsabilité de prévenir les médecins s'occupant de vous que vous avez rédigés des directives anticipées et de leur transmettre les coordonnées de la personne à qui vous les avez remises : ces informations figureront dans le dossier de votre médecin traitant et dans votre dossier médical hospitalier.

Pour plus de facilité, nous vous demandons d'apporter l'original de vos directives anticipées lors de toute hospitalisation.

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e) (nom-prénom) :

Né(e) le : à :

Énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté

• Je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements suivants à entreprendre ou à poursuivre (cocher) :

- **Respiration artificielle** (une machine qui remplace ou qui aide ma respiration)
 - Intubation/trachéotomie ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
 - Ventilation par masque ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- **Réanimation cardio-respiratoire** (en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique) ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- **Alimentation artificielle** (une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux) ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- **Hydratation artificielle** (par une sonde placée dans le tube digestif) ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- **Hydratation artificielle** (par perfusion) ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- **Rein artificiel** (une machine remplace l'activité de mes reins, le plus souvent l'hémodialyse) ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- **Transfert en réanimation** (si mon état le requiert) ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- **Transfusion sanguine** ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- **Intervention chirurgicale** ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- **Radiothérapie anticancéreuse** ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- **Chimiothérapie anticancéreuse** ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- **Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie** ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- **Examen diagnostique lourd et/ou douloureux** ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

• Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (physiques, psychologiques), même si cela a pour effet d'abrégé ma vie ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

• Autres souhaits en texte libre :

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

Fait à le

Signature

Dans le cas où vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à deux témoins qui attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairé :

1^{er} témoin :

Nom, Prénom.....

Adresse :

Lien avec le patient :

Date..... Signature

2^{ème} témoin :

Nom, Prénom.....

Adresse :

Lien avec le patient :

Date..... Signature

Conservation des directives anticipées

☐ Je confie mes directives anticipées à :

☐ Je conserve mes directives anticipées.

Fait à le.....

Signature

Modifications de mes directives anticipées :

Document modifié le :

Contenu de la modification :

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à le

Signature