MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je souhaite rédiger mes directives anticipées : ☐ oui ☐ non

Si oui, je remplis le questionnaire selon mes souhaits pour mon accompagnement de fin de vie



1. QUI JE SUIS

Mon nom : .....

Mon prénom : .....

Je suis né(e) le : .....

Ma personne de confiance : .....



2. MES SOUHAITS SUR MES DÉCISIONS MÉDICALES

Je veux et donne mon accord pour :

	Être aidé à respirer avec une machine	☐ Oui	☐ non
	Me nourrir et me faire boire par une machine	☐ Oui	☐ non
	Remplacer mes reins par une machine	☐ Oui	☐ non
	Être endormi pour éviter d'avoir mal	☐ Oui	☐ non

3. MES VALEURS DE VIE

Je donne des informations sur mes valeurs de vie.



Si je suis très malade, l'important pour moi dans la vie c'est (par exemple ma famille, mes amis) :

.....



Je me sens bien et rassuré avec (par exemple des amis, ma musique) :

.....



Je veux si c'est possible être soigné (par exemple à l'hôpital, à la maison) :

.....



Avoir à mes côtés (par exemple ma famille, mon conjoint) :

.....



Les moments importants (par exemple avoir un accompagnement en accord avec ma religion) :

.....

4. J'AI ÉCRIT CE DOCUMENT



J'ai écrit ce document en toute liberté.

Le : ...../...../.....

A : .....

5. OÙ SE TROUVENT MES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?



Mes directives anticipées se trouvent (par exemple chez moi) :

.....

J'ai donné mes directives anticipées à :
(par exemple à un ami, une personne de ma famille)

.....

Cette personne s'appelle :

.....

6. INFORMATIONS IMPORTANTES



Je suis incapable d'écrire

☐ Je demande à une personne d'écrire pour moi
☐ Je demande à ma personne de confiance de remplir la déclaration

7. SI INCAPACITE, DOCUMENT REMPLI PAR :



Nom et prénom : .....

Lien avec la personne : .....

Les écrits de ce document sont les directives anticipées exprimées par :

☐ Monsieur ☐ Madame

.....

Signature patient/personne ayant rempli le document :

Autres directives ou souhaits :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MA PERSONNE DE CONFIANCE

(Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades)

La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

_____

désigne la personne de confiance suivante :

Nom, prénoms :

_____

Adresse :

_____

_____

Téléphone privé : _____ professionnel : _____ portable : _____

> Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

Oui ☐ Non ☐

> Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

Oui ☐ Non ☐

Fait à : _____

Le : _____

Votre signature : Signature de la personne de confiance :