

REDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPEES

Vous avez été admis à l'*Hospitalisation A Domicile Soins et Santé*.

Durant votre séjour, vous avez la possibilité de rédiger avec votre médecin référent (médecin hospitalier, médecin traitant, médecin coordonnateur) « ***vos directives anticipées*** ».

➤ Ces directives permettent au médecin de **connaître vos volontés** concernant la possibilité de poursuivre ; limiter ; arrêter ou refuser des traitements ou des actes médicaux, dans le cas où vous ne seriez plus dans la capacité d'exprimer vos volontés. Elles s'imposent au médecin pour toute décision d'intervention ou de traitement sauf en cas d'urgence vitale ou lorsqu'elles apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale suite à une procédure collégiale.

➤ Seule une personne **majeure, disposant de toutes ses facultés de discernement** relative à sa fin de vie, peut rédiger ses directives anticipées.

En cas d'incapacité physique, et seulement dans ce cas là, vous pouvez faire appel à **deux témoins, dont votre personne de confiance** si elle est désignée, pour les rédiger.

➤ **Cette rédaction est facultative.** Elle doit être faite par écrit et peut-être conservée dans votre dossier médical. Leur validité est illimitée dans le temps par simple signature de son auteur. Néanmoins, elles peuvent être **modifiées ou révoquées à tout moment** par écrit.

➤ Si vous faites l'objet d'une mesure de tutelle, vous pouvez également rédiger vos directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Votre tuteur ne peut ni vous assister ni vous représenter dans cette action.

Volet 1
destiné au
patient

FORMULAIRE DE REDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPEES
(Art. L. 1111-4, L. 1111-11 à L. 1111-13 et R. 1111-17 à R. 1111-20, R. 1112-2, R. 4127-37
du Code de la Santé Publique)

Après m'être approprié(e), par le biais de mon médecin référent, le Dr, toutes les informations claires et loyales, relatives à mon état de santé :
Je soussigné(e), né(e) le, à, déclare être en pleine possession de mes facultés,
et souhaite le jour où je ne pourrais plus prendre des décisions par moi-même, que soient honorées les dispositions suivantes :

(Signature de 2 témoins obligatoires en cas d'incapacité physique) :

Le patient

Date : Signature :

Renouvellement :

Date : Signature :

Date : Signature :

Personne de confiance :

Je soussigné(e),
en tant que personne de confiance
atteste que les directives anticipées
rédigées ci-contre expriment en
totalité la volonté libre et éclairée de
.....

Date : Signature :

1^{er} témoin :

Je soussigné(e),
en tant que témoin, atteste que les
directives anticipées rédigées ci-
contre expriment en totalité la
volonté libre et éclairée de
.....

Date : Signature :

2^{ème} témoin (En cas de non désignation
de la personne de confiance) :

Je soussigné(e),
en tant que témoin, atteste que les
directives anticipées rédigées ci-
contre expriment en totalité la
volonté libre et éclairée de
.....

Date : Signature :