

# Mes directives anticipées

pour ma fin de vie



Ce document a été rédigé

avec la complicité active de Tess, Sarah, Yves, Thomas et Kevin  
qui ont validé l'accessibilité des informations.



Sources et inspirations :

[ASH santé](#)

[Service public](#)

[SOS fin de vie](#)

[ADMD](#)

# Les directives anticipées sont mes souhaits pour ma fin de vie

Cela veut dire le jour où je vais mourir

On est tous différents et on n'a pas les mêmes souhaits.

C'est important que j'en parle avec mes proches ou avec une personne de confiance.

C'est important d'écrire ce que je souhaite pour qu'on respecte mes choix.



Pour m'aider à faire respecter mes choix , une loi a été votée en 2005 . Elle a été complétée en 2016.

Cette loi prévoit deux possibilités complémentaires :



1

## Les directives anticipées

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



C'est un document que j'écris et que je signe.

C'est un document sur lequel je dis tout ce que je veux pour ma fin de vie.

Si je ne peux pas écrire, je peux faire appel à deux personnes pour le faire à ma place.

Si je suis sous tutelle, il faut l'accord du juge des tutelles ou du conseil de famille pour écrire mes directives anticipées.

2

## La personne de confiance

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



C'est une personne que je choisis.

Si lors de ma fin de vie, je ne suis pas en mesure de dire ce que je veux, c'est cette personne qui témoignera de mes choix.

Cela peut être quelqu'un de ma famille, un ami, ou mon médecin traitant.



# Mes directives anticipées

- Je remplis et je signe ce document
- J'en garde un exemplaire pour moi
- J'en donne un exemplaire à ma personne de confiance
- J'en donne un exemplaire à mon médecin traitant



## Je soussigné(e)

Mon nom	Mon prénom
Je suis né(e) le :	Dans la ville de :
Mon adresse :	
Mon numéro de téléphone :	

Dans le cas où, au moment de ma fin de vie, je ne suis pas capable d'exprimer ce que je veux, je donne maintenant mes directives anticipées.

Ce qui est dit dans ce document est ce que je pense.

Ce sont mes volontés.

Je suis seul(e) à décider ce que je veux pour ma fin de vie.

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Est-ce que je veux recevoir des soins adaptés et utiles?

Cela veut dire, que si le médecin sait que je ne peux pas guérir, je refuse les traitements inutiles.

Cela veut dire que je ne veux pas qu'on me maintienne en vie artificiellement.

Par exemple avec une machine qui respire à ma place.

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Est-ce que je veux qu'on me donne des médicaments pour ne pas souffrir?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Est-ce que je veux recevoir une sédation profonde?

Une sédation profonde, c'est recevoir un traitement pour m'endormir.

Le but est de perdre conscience jusqu'au moment de mon décès.

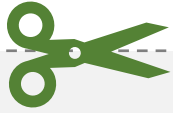
OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Si la loi le permet un jour, est-ce que je veux qu'on m'aide à mourir?

Par exemple en me donnant un médicament pour ne plus me réveiller.

Cela s'appelle l'euthanasie.

Pour le moment en France, c'est interdit.



## Je souhaite préciser les informations suivantes

### Si cela est possible je préférerais mourir

sur mon lieu de vie     à l'hôpital     autre .....

OUI     NON

### Est-ce que je veux avoir une cérémonie religieuse ou spirituelle ?

Si oui mes croyances sont :

### Si cela est possible, je préfère être

enterré(e)     incinéré(e)

OUI     NON

### Après ma mort, est-ce que je souhaite faire don de mes organes

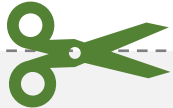
Cela veut dire, par exemple donner mon cœur à quelqu'un qui en a besoin pour vivre

OUI     NON

### Est-ce que j'ai des choses importantes à ajouter?

Date :

Je signe :



# Ma personne de confiance

C'est une personne que je choisis.

Si lors de ma fin de vie, je ne suis pas en mesure de dire ce que je veux, c'est cette personne qui témoignera de mes choix.

Cela peut être quelqu'un de ma famille, un ami, ou mon médecin traitant.



## Je désigne ma personne de confiance

Son nom  Son prénom

Sa date de naissance:  Dans la ville de :

Son adresse :

Son numéro de téléphone :

Son adresse mail :

Date :

Je signe :

## Cadre réservé à la personne de confiance

Je soussigné(e)

Nom.....prénom.....

accepte d'être personne de confiance de.....

et reçoit mandat exprès pour avoir accès au dossier médical.

Date :

Signature :



## Mes directives anticipées

Ce document a été conçu et mis gracieusement à disposition par le



[www.linkedin.com/in/isabelle-de-groot](https://www.linkedin.com/in/isabelle-de-groot)