

# Directives anticipées

Hôpital  
Privé de Vitry

Au sens de l'article L.1111-11-18 et R 1111-18 et 19 du code de santé publique.

## Toute personne majeure peut rédiger ses directives anticipées concernant sa fin de vie.

- Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicale à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.
- Les directives anticipées sont le résultat d'une réflexion libre en toute connaissance de votre état de santé et des conséquences de vos choix.
- La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir.
- Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation. Elles sont sans limite de temps et révocables ou modifiables à tout moment.

Je soussigné(e)

Nom et Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

## J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- |  |                                    |                                    |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| • Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |
| • Le branchement de mon corps sur un appareil de dialyse rénale :  | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |
| • Une intervention chirurgicale :                                  | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |

Autre : .....

## Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- |  |                                    |                                    |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| • Assistance respiratoire (tube pour respirer) : | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |
| • Dialyse rénale :                               | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |
| • Alimentation et hydratation artificielles :    | <input type="checkbox"/> J'accepte | <input type="checkbox"/> Je refuse |

Autre : .....

À propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur. 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 de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :  J'accepte  Je refuse

Je m'engage à informer l'établissement par écrit en cas de changement de mes directives anticipées.

Je ne souhaite pas rédiger mes directives anticipées.

Fait le : ..... à : .....

Signature :

**Site Pasteur**  
22, Rue de la Petite Saussaie  
94400 Vitry-Sur-Seine  
Tél. 01 45 73 35 35

**Site des Noriets**  
12, Rue des Noriets  
94400 Vitry-Sur-Seine  
Tél. 01 45 59 55 00

# Directives anticipées

## Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

### Témoin 1 : je soussigné(e)

Nom et Prénom : .....

Qualité : .....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M. ou Mme : .....

Fait le : .....

à : .....

Signature :

### Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et Prénom : .....

Qualité : .....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M. ou Mme : .....

Fait le : .....

à : .....

Signature :