

Les personnes auxquelles communiquer les informations médicales :

L'accompagnement spirituel souhaité :

Mes désirs de cérémonie :

La désignation d'une personne de confiance :

Transfert si possible vers le lieu d'hospitalisation que je désigne :

Refus de transfert :

Directives rédigées le :

Signature

En présence de mes témoins :

Nom Prénom :
Date de naissance :

Signature

Nom Prénom :
Date de naissance :

Signature

INFORMATIONS A CONSERVER

Mes directives pour les prochaines années



NOM
Prénom :

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie permet à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées dont la validité est de 3 années à partir de leur écriture..

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou disproportionnée ou la prolongation artificielle de la vie.

Comment les rédiger ?

Il s'agit donc d'un document écrit, que vous aurez daté et signé. Votre identité doit y être clairement indiquée (nom, prénom, date et lieu de naissance).

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire et de signer vous même ce document, vous pouvez demander à deux témoins, dont votre personne de confiance si vous en avez désigné une, d'attester que le document que vous n'avez pu rédiger vous même est l'expression de votre volonté libre et éclairée. Vos témoins devront indiquer leur nom et qualité. Leur attestation devra être jointe aux directives anticipées.

Votre médecin peut à votre demande joindre à vos directives anticipées, au moment de leur insertion dans votre dossier médical, une attestation constatant que vous étiez lors de leur rédaction en état d'exprimer librement votre volonté. Vous pouvez à tout moment révoquer vos directives anticipées, les modifier partiellement ou totalement. Toute modification fait courir une nouvelle période de trois ans

FORMULAIRE de DIRECTIVES ANTICIPEES

Le jour où je ne pourrais plus prendre une décision moi-même,
je soussignée Mme, Mlle, Mr
né(e) le :

demande après mûre réflexion et en pleine possession de mes
facultés que soient respectées les dispositions suivantes :

Les traitements entrepris pour soulager la douleur :

Le souhait ou le refus de certains traitements ou interventions
chirurgicales

L'alimentation ou l'hydratation assistées :

Les mesures de réanimation :

L'EHPAD MON REPOS :
partenaire du Réseau de soins palliatifs RESPAVIE

**Professionnelles de MON REPOS formées à l'accompagnement
en soins palliatifs :**

Vous pouvez les contacter auprès du service de soins

L'EHPAD MON REPOS: :
partenaire du Réseau DOULEUR 44