

DIRECTIVES ANTICIPÉES

FORMULAIRE

Nom : _____ Nom de naissance : _____
Prénom(s) : _____ Né(e) le : _____ à : _____
Domicilié(e) à : _____



MES SOUHAITS :

ÉCRIRE AUJOURD'HUI MES DIRECTIVES ANTICIPÉES PERMETTRA À MES PROCHES ET À MON MÉDECIN DE CONNAÎTRE MES VOLONTÉS SI JE NE SUIS PAS EN MESURE DE LES EXPRIMER.

PERSONNE DE CONFIANCE

- J'en ai déjà désigné une, j'indique son nom et ses coordonnées :

Nom : _____ Nom de naissance : _____
Prénom(s) : _____
Coordonnées (téléphone ou mail) : _____

- Je souhaite la désigner, j'indique son nom et ses coordonnées :

Nom : _____ Nom de naissance : _____
Prénom(s) : _____
Coordonnées (téléphone ou mail) : _____

- Je souhaite changer de personne de confiance et en désigner une nouvelle :

Nom : _____ Nom de naissance : _____
Prénom(s) : _____
Coordonnées (téléphone ou mail) : _____

MON MÉDECIN TRAITANT :

Nom : _____
Coordonnées (téléphone ou mail) : _____

J'ai partagé mes souhaits avec mes proches, et/ou ma personne de confiance, pour le cas où je nécessiterais une hospitalisation sans être en capacité de m'exprimer.



Il est important également pour l'équipe médicale de connaître ces souhaits pour adapter ma prise en charge en fonction de ce qui est le plus important pour moi.



**J'EXPRIME MES PRÉFÉRENCES
DANS LES LIGNES CI-DESSOUS.**

• Ce qui compte le plus pour moi

(exemple : être à la maison, jardiner, voyager, avoir des moments à moi, rencontrer ma famille ou mes amis, jouer avec les petits-enfants, ...)

.....
.....
.....

• Les étapes (calendrier) importantes de ma vie dans le futur

(exemple : mon anniversaire de mariage, la cérémonie de remise de diplôme de mon enfant, la naissance de mon petit enfant, ...)

.....
.....
.....

• Comment nous parlons des mauvaises nouvelles dans ma famille

(exemple : nous en parlons ouvertement, on protège les enfants, nous préférons ne pas en parler, nous n'en parlons pas)

.....
.....
.....

• Comment nous échangeons sur les décisions médicales dans notre famille

(exemple : je prends les décisions moi-même, je les partage avec mes proches.)

.....
.....
.....

• **Concernant les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie**

(par exemple, tube pour respirer ou assistance respiratoire, dialyse, massage cardiaque, interventions médicales ou chirurgicales, transfusion sanguine, ...)

→ je souhaite que l'on mette en œuvre toutes les possibilités médicales pour me maintenir en vie. Mes souffrances doivent être allégées dans la mesure du possible. Mais je suis prêt(e) à accepter les contraintes liées à mon souhait d'être maintenu(e) en vie.

.....
.....

Ou, → je souhaite que les traitements médicaux servent avant tout à alléger mes souffrances. Pour moi, il n'est pas prioritaire de prolonger ma vie à tout prix. J'accepte que le fait de renoncer à certains traitements puisse abréger ma vie.

.....
.....

• **Je précise ici ce que je ne veux vraiment pas**

(que le traitement soit entrepris, ou arrêté, selon la phase de la maladie dans laquelle je serai, passer mes derniers jours à la maison ou à l'hôpital...)

.....
.....

• **La sédation profonde et continue** maintenue jusqu'au décès est un droit, sous conditions, introduit par la loi du 2 février 2016. Elle consiste à endormir profondément une personne atteinte d'une maladie grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme, pour soulager une souffrance résistante aux traitements. Elle est associée à des traitements antidouleur et à l'arrêt des traitements maintenant artificiellement la vie.

J'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur : **Oui / Non**

.....
.....

• **Que faire si ma famille, mes proches ou ma personne de confiance, souhaite quelque chose de différent de ce que je veux moi-même ?** L'expression de mes souhaits écrits dans ces directives anticipées, sera prise en compte par l'équipe médicale même si mes proches n'ont pas les mêmes souhaits.

.....
.....

• **D'autres informations que je souhaite déposer**

.....
.....

Fait à _____, le __/__/____

Signature :

ACCOMPAGNEMENT POUR UNE ÉCRITURE DE CES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Pour m'aider à réfléchir et répondre à certaines de mes interrogations, craintes concernant certains traitements, actes ou situations de fin de vie, je peux en discuter avec mon médecin traitant en ville ou avec mon oncologue référent au sein de l'hôpital, mes proches, associations de patients ou d'accompagnants. Une équipe référente à l'hôpital peut également vous proposer son aide (demandez à votre oncologue ou au cadre de santé de contacter cette équipe).

COMMENT LES TRANSMETTRE ET LES CONSERVER ?

Ces directives anticipées sont importantes que je sois bien portant(e) ou malade, et doivent être facilement accessibles aux équipes médicales qui seraient amenées à me prendre en charge quelle que soit la situation.

- Médecin traitant ; personne de confiance ; proches
- Dans le cadre de ma prise en charge à Gustave Roussy auprès des assistantes médicales du service (ou de la consultation) où je suis pris en charge, ou sur le portail Mon Gustave Roussy, etc.

Si je modifie mes directives, je transmettrai la nouvelle version à ces mêmes personnes.

En cas de modification ou d'annulation des directives anticipées

Je soussigné(e) : Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Né(e) le : _____ à : _____, déclare :

Modifier mes directives anticipées (vous pouvez alors en rédiger de nouvelles. Demandez à votre médecin ou à l'établissement qui les a conservées de supprimer les précédentes. Seul le document le plus récent fait foi.)

Annuler mes directives anticipées datées du __/__/__

Confirmer mes directives anticipées datées du __/__/__

Fait à _____, le __/__/__ Signature :

Cas particulier, rédaction devant témoins : si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) 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).



Témoïn 1 :

Je soussigné(e) : Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Né(e) le : _____ à : _____

Lien avec le patient : _____

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme _____

Fait à _____, le __/__/__ Signature :



Témoïn 2 :

Je soussigné(e) : Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Né(e) le : _____ à : _____

Lien avec le patient : _____

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme _____

Fait à _____, le __/__/__ Signature :