

Ce document est la propriété exclusive de l'HPEL et ne peut être reproduit ou communiqué, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit sans son autorisation.

Des « Directives Anticipées », pour quoi faire ?

Les directives anticipées permettent à toute personne majeure d'exprimer ses volontés concernant les soins médicaux et traitements qu'elle souhaite recevoir ou refuser si elle se trouve dans l'incapacité de s'exprimer. Elles expriment votre volonté sur les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. Elles doivent être écrites.

Les directives s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement. À l'exclusion des deux cas suivants :

- En cas d'urgence vitale, pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation (exemple : patient à réanimer suite à un accident de santé brutal)
- Lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Dans ce cas, une décision est prise par plusieurs médecins qui discutent du cas. La décision de refus d'application des directives anticipées est portée à la connaissance de la personne de confiance, sinon de votre famille ou de vos proches et est inscrite dans votre dossier médical.

Pourquoi rédiger vos directives anticipées ?

- Vous anticipez l'éventualité d'une situation dans laquelle vous n'êtes plus en mesure de vous exprimer, consécutivement à un accident ou à une maladie grave.
- Vous vous assurez que vos souhaits médicaux seront respectés.
- Vous facilitez la prise de décision pour vos proches et vos médecins.

Que pouvez-vous y indiquer ?

- Votre acceptation ou refus de traitements (réanimation, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles...).
- Votre position sur les soins palliatifs et la gestion de la douleur.
- Vos souhaits concernant votre fin de vie (lieu, accompagnement, sédation...).
- Votre consentement ou refus au don d'organes.

Conservation de vos directives anticipées

- Vous pouvez les remettre à votre médecin traitant, à l'hôpital, à votre personne de confiance.
- Sinon, mentionnez sur ce document où elles sont conservées et qui contacter pour en prendre connaissance facilement.
- Elles sont valables sans limite de durée mais peuvent être modifiées à tout moment.

IDENTITÉ DU PATIENT

NOM : PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE : / / TÉLÉPHONE :
 ADRESSE :
 PERSONNE DE CONFIANCE (si désignée) : CONTACT TÉL. :

CHOIX CONCERNANT VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES (cochez 1 choix)

- ☐ **Vous souhaitez rédiger vos directives anticipées** : complétez la page suivante
- ☐ **Vous avez déjà rédigé vos directives anticipées** : merci de les apporter avec vous lors de votre admission ou indiquez qui contacter pour en prendre connaissance facilement.
- ☐ **Vous ne souhaitez pas rédiger vos directives anticipées et vous n'en avez pas déjà rédigées.**

 Ramsay Santé Hôpital privé de l'Est Lyonnais	FORMULAIRE DIRECTIVES ANTICIPÉES	EN OPC 06/B	
		Date d'application : 21/02/2025	2/2

Ce document est la propriété exclusive de l'HPEL et ne peut être reproduit ou communiqué, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit sans son autorisation.

Je soussigné(e), **NOM** : **Prénom** :

☐ J'ai déjà rédigé des directives anticipées et les ai confiées à :

NOM : Prénom :

Coordonnées téléphoniques : Qualité :

J'énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer mes volontés médicales.

En cas de maladie grave ou de fin de vie : (cochez les cases appropriées et précisez vos souhaits)

☐ Je souhaite être maintenu en vie par tous les moyens médicaux possibles.

☐ Je refuse l'acharnement thérapeutique et souhaite uniquement des soins palliatifs.

☐ Je refuse toute réanimation en cas d'arrêt cardiaque.

☐ Je refuse l'alimentation artificielle (sonde, perfusion).

☐ Je refuse l'hydratation artificielle.

Autres précisions :

Je souhaite donner mes organes après mon décès : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, exceptions :

Autres souhaits (accompagnement, soins de confort, spiritualité, etc.) :

Je déclare rédiger ce document librement et en pleine possession de mes facultés.

Fait à :

Signature :

en date du :

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire, deux témoins (dont votre personne de confiance, si vous en avez une) peuvent attester que le document reflète bien votre volonté :

1. Nom et prénom : Qualité : Signature :

2. Nom et prénom : Qualité : Signature :

L'absence de l'une des signatures invalide ce document.