

	DIRECTIVES ANTICIPEES ET CONSIGNES EN CAS DE DECES	Référence	DOS – FOR - 001
		Version	1
		Page/pages	3/3
		Date d'application	28/08/2023
		Date de révision	Oct 2026

Ce document est à remettre sous pli confidentiel au médecin ou à la cadre de santé.

Je soussigné (nom, prénom)

Né(e) le (date de naissance)

Domicilié à
(adresse) :

Déclarer par la présente exprimer, **mes directives Anticipées**, auxquelles l'équipe médicale devra se conformer si mon état de santé ne me permet plus d'exprimer ma volonté.

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du chapitre II du titre XI du livre 1^{er} du code civile.

- J'ai l'autorisation du juge : ☐ Oui. ☐ Non

Si oui, transmettre une copie en pièce jointe

- J'ai l'autorisation du conseil de famille : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, mettre une copie en pièce jointe

MES VOLONTÉS SONT LES SUIVANTES

Merci d'entourer la réponse souhaitée.

- Maintien artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches.

J'accepte

Je refuse

- Actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet notamment :
- Une réanimation cardiaque et respiratoire :

J'accepte.

Je refuse

- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :

J'accepte.

Je refuse

	DIRECTIVES ANTICIPEES ET CONSIGNES EN CAS DE DECES	Référence	DOS – FOR - 001
		Version	1
		Page/pages	3/3
		Date d'application	28/08/2023
		Date de révision	Oct 2026

- Une intervention chirurgicale :

J'accepte

Je refuse

- Autres à préciser

Si ces actes ou traitements (ci-dessus) ont déjà été entrepris : J'accepte / je refuse qu'ils soient arrêtés.

*indiquer la liste des actes et traitements médicaux dont vous acceptez ou refusez l'arrêt.

.....
.....

Mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenu compte-tenu de la maladie dont je suis atteinte.

- J'accepte / je refuse, la mise en œuvre ou la poursuite d'actes ou traitements pour la maladie.
- En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, je veux / je ne veux pas, bénéficier d'une sédation profonde et continue, associée à un traitement de la douleur.

Je suis en droit de modifier mes souhaits à tout moment.

Je souhaite également faire connaître mes souhaits au moment de mon décès :

- Coordonnées de la personne à joindre lors des derniers instants ou du décès :
Nom, prénom :
Lien de parenté ou personne de confiance :
Adresse :
Téléphone fixe :Téléphone portable :

	DIRECTIVES ANTICIPEES ET CONSIGNES EN CAS DE DECES	Référence	DOS – FOR - 001
		Version	1
		Page/pages	3/3
		Date d'application	28/08/2023
		Date de révision	Oct 2026

* Cette personne assurera la diffusion de l'information au reste de la famille.

Souhaite être appelée la nuit ? oui - non

Coordonnées de l'entreprise de pompes funèbres retenue :

Nom :

Téléphone :

Dernières volontés du résident :

- Veut-il la présence d'un prêtre lors des derniers moments : oui - non
- Veut-il une extrême onction : oui - non
- Tenue vestimentaire souhaitée et objets personnels à remettre au service des pompes funèbres :

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

Date :

Résident
SIGNATURE

Personne de confiance
SIGNATURE