

**E.M.S.P**

FO-EN / SFAP / EMSP / 001 /A

Je sous-signé(e) Mlle, Mme, M. \_\_\_\_\_, désire par la présente effectuer la rédaction de mes directives anticipées concernant mon état de santé potentiel à venir.

Si je suis dans un état désespéré, je veux que des méthodes médicalement appropriées soient utilisées pour me maintenir en vie :  oui  non

Si vous avez répondu « **Non** » à la question précédente répondez aux six questions suivantes :

#### VOULEZ-VOUS :

<b>Recevoir une assistance respiratoire au moyen d'un ventilateur</b> (un dispositif mécanique qui entretient la respiration, une intubation, une trachéotomie) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>RCR</b> (réanimation cardio-respiratoire...Procédures médicales d'urgence pour stimuler le cœur et/ou insuffler de l'air dans les poumons, une intubation , une trachéotomie) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Antibiotiques</b> (médicaments pour combattre une infection) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Analgésiques</b> (administrer des analgésiques pour soulager la douleur, même si cela peut conduire à une conscience réduite et/ou raccourcir la vie) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Être alimenté(e) par un tube inséré dans votre estomac si vous ne pouvez pas manger ?</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Être alimenté(e) et hydraté(e) médicalement ?</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Nota bene :

*Ces gestes invasifs peuvent être envisagés de façon temporaire ou définitive, selon l'état de santé, et ou l'évolution de la clinique sous ces thérapeutiques, et/ou, vos décisions si elles peuvent être consultées.*

*L'intubation est un tuyau dans la trachée, entrant par la bouche et pénétrant dans les poumons, afin d'aider la fonction ventilatoire déficiente.*

*La trachéotomie est un tuyau au niveau du cou, pénétrant dans la trachée directement, et permettant d'y brancher également un appareil d'aide à la ventilation.*

*L'alimentation entérale est une possibilité d'administrer des substances nutritives directement dans l'estomac, à l'aide d'une sonde qui entre par le nez, ou une sonde qui pénètre dans l'estomac à travers la peau de l'abdomen .*

## Mes souhaits sont donc

### **A/ si je suis dans un état désespéré :**

#### TRAITEMENT DE SURVIE

<input type="checkbox"/>	Je ne veux recevoir aucun traitement de survie (y compris RCR). Si un traitement de survie est entamé, je veux qu'il soit arrêté. Je ne veux ni acharnement ni abstention totale de soins. Je veux que les décisions médicales prises à mon encontre, le soient de façon concertée et collégiale, dans le respect de ma dignité et de mon confort. (Prise en charge palliative)
<input type="checkbox"/>	Je veux les traitements de survie que mes médecins estiment les meilleurs pour moi. (prise en charge curative)
<input type="checkbox"/>	Autres souhaits :

#### ALIMENTATION ET HYDRATATION ARTIFICIELLES

<input type="checkbox"/>	Je ne veux pas recevoir d'alimentation et d'hydratation artificielles si cela constitue le principal traitement pour me maintenir en vie. Si une alimentation et une hydratation artificielles sont entamées, je veux qu'elles soient arrêtées
<input type="checkbox"/>	Je veux recevoir une alimentation et une hydratation artificielles, même si cela constitue le principal traitement pour me maintenir en vie.
<input type="checkbox"/>	Autres souhaits :

#### SOINS DE CONFORT

<input type="checkbox"/>	Je veux être maintenu aussi à l'aise et à l'abri de la douleur que possible, même si de tels soins accélèrent ma mort ou écourtent ma vie. (Prise en charge palliative)
<input type="checkbox"/>	Autres souhaits :

### **B/ si je suis dans un état végétatif persistant :**

#### TRAITEMENT DE SURVIE

<input type="checkbox"/>	Je ne veux recevoir aucun traitement de survie (y compris RCR). Si un traitement de survie est entamé, je veux qu'il soit arrêté.
<input type="checkbox"/>	Je ne veux ni acharnement ni abstention totale de soins. Je veux que les décisions médicales prises à mon encontre, le soient de façon concertée et collégiale, dans le respect de ma dignité et de mon confort. (Prise en charge palliative)
<input type="checkbox"/>	Je veux les traitements de survie que mes médecins estiment les meilleurs pour moi. (prise en charge curative)
<input type="checkbox"/>	Autres souhaits :

## ALIMENTATION ET HYDRATATION ARTIFICIELLES

<input type="checkbox"/>	Je ne veux pas recevoir d'alimentation et d'hydratation artificielles si cela constitue le principal traitement pour me maintenir en vie. Si une alimentation et une hydratation artificielles sont entamées, je veux qu'elles soient arrêtées.
<input type="checkbox"/>	Je veux recevoir une alimentation et une hydratation artificielles, même si cela constitue le principal traitement pour me maintenir en vie.
<input type="checkbox"/>	Autres souhaits :

## SOINS DE CONFORT

<input type="checkbox"/>	Je veux être maintenu aussi à l'aise et à l'abri de la douleur que possible, même si de tels soins accélèrent ma mort ou écourtent ma vie. (Prise en charge palliative)
<input type="checkbox"/>	Autres souhaits :

Vous avez le droit de participer à toutes les décisions concernant vos soins médicaux, même celles qui ne concernent pas des états désespérés ou végétatifs persistants. Si vous avez des souhaits qui ne sont exprimés dans aucune autre partie de ce document, veuillez les indiquer ici.

--

### **C / Autres souhaits :**

#### Don d'organes

<input type="checkbox"/>	Je veux faire don de tous mes organes et tissus.
<input type="checkbox"/>	Je ne veux faire don d'aucun de mes organes ou tissus.
<input type="checkbox"/>	Je veux seulement faire don des organes et tissus suivants :
<input type="checkbox"/>	Autres souhaits :

#### Autopsie

<input type="checkbox"/>	Je conviens de subir une autopsie si mes médecins le souhaitent.
<input type="checkbox"/>	Je veux pas d'autopsie.
<input type="checkbox"/>	Autres souhaits :

## PERSONNE DE CONFIANCE

Je, sous-signé(e) Mlle, Mme, M. \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, désigne la personne nommée ci-dessous, pour prendre des décisions au sujet de des soins médicaux me concernant, s'il arrive un moment où je ne peux pas prendre moi-même ces décisions :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone (domicile) :

Téléphone (professionnel) :

Adresse :

Je sais que mes directives anticipées ci-dessus établies priment sur l'avis de la personne de confiance, dont l'avis prime sur tout autre avis.

Les décisions médicales finales seront de la **responsabilité unique du médecin qui me prendra en charge**, et ce après consultation de ce document, et concertation avec une équipe pluridisciplinaire.

Je sais que je peux modifier à tout moment le contenu de ce document, j'en fais alors mention sur mon dossier médical.

Je sais enfin, que **je dois valider ce document par une date et ma signature tous les trois ans** pour en assurer la validité.

Date :

Date :

Signature :

signature (*pour accord de la  
personne citée ci-dessus comme  
personne de confiance*) :