Hospices Civils de Lyon	**Formulaire HCL de Directives Anticipées :** Mes volontés rédigées à l'avance, concernant les traitements et les actes médicaux

Vous pouvez écrire ce qui vous semble personnellement important et/ou vous aider des formulations proposées ci-dessous.

Vous n'êtes, évidemment, nullement obligé(e) d'anticiper précisément toutes les situations. Demandez également à votre médecin de vous expliquer ce qui pourrait vous arriver, les traitements possibles, leurs efficacités et leurs risques. Si le document n'offre pas assez d'espace, vous pouvez joindre d'autres pages.

Nom de naissance :

Nom marital (le cas échéant) :

Prénoms :

Date et Lieu de naissance :

Domicilié(e) à :

Dans le cadre d'une mesure de tutelle[1] *, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation :*		
→ du juge :	Oui ☐	Non ☐
→ du conseil de famille :	Oui ☐	Non ☐

CONTEXTE

Je rédige les présentes directives anticipées, pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes souhaits et ma volonté sur ce qui est important à mes yeux, après un accident, du fait d'une maladie grave ou au moment de la fin de ma vie.

[1] Au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du Code civil

Je souhaite exprimer ici mes convictions personnelles, ce qui est important pour moi, pour ma vie, ce qui a de la valeur pour moi (convictions religieuses, ...), ce que je redoute plus que tout (souffrance, rejet, solitude, handicap...) :

Je souhaite préciser ce qu'il me paraît important de faire connaitre concernant ma situation actuelle (mon histoire médicale personnelle, mon état de santé actuel, ma situation familiale et sociale, ...) :

Dans le cas d'un accident grave, ou d'un évènement aigu (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, infarctus,..), ou d'une maladie grave, ou en fin de vie, je veux m'exprimer à propos des situations, dans lesquelles, je veux ou je ne veux pas, que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (état d'inconscience prolongé entraînant une perte de communication

définitive avec les proches, sans récupération possible, …) et à propos des traitements ou procédés de suppléances de mes fonctions vitales, destinés à me maintenir artificiellement en vie.

Voici les limites que je veux fixer pour les actes médicaux et les traitements, s'ils n'ont d'autre but que de prolonger ma vie artificiellement, sans récupération possible :

- concernant la mise en œuvre d'une *réanimation cardiorespiratoire* en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire :

- concernant *les traitements*, dont le seul effet est de prolonger ma vie dans les conditions, que je ne souhaiterais pas (tube pour respirer ou assistance respiratoire, dialyse chronique, interventions médicales ou chirurgicales, …) :

- une *alimentation ou une hydratation par voies artificielles* pouvant prolonger ma vie, par exemple en cas d'état végétatif chronique (simple maintien d'un fonctionnement autonome de la respiration et de la circulation) :

J'ai enfin d'autres souhaits, tels que l'accompagnement de ma famille, le choix du lieu où je souhaite finir ma vie, le choix de faire ou non un don d'organes [2](*) sachant que les soins de confort me seront toujours administrés :

Fait à : Le :

Signature :

[2] Le prélèvement d'organes est autorisé par la loi chez toute personne dont l'équipe médicale juge qu'il est possible, sauf si la personne exprime son refus ou si elle a inscrit son refus sur le Registre national des refus de dons d'organe ou encore si elle a écrit son refis sur un document (daté et signé avec nom, prénom, date et lieu de naissance) confié à un proche.
(www.dondorganes.fr/medias/pdf/formulaire_registre_refusvf.pdf)

LOCALISATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES

- **Formulaire conservé sur moi**: Oui ☐ Non ☐
- **Formulaire conservé chez moi** : Oui ☐ Non ☐
  - si oui, préciser l'adresse :
  - lieu de la conservation :

- **Remis à :**
  - ma personne de confiance :
  - autre(s) personne(s) *(Cf. tableau ci-dessous)*:

Nom	**Prénom**	**Qualité** (médecin, famille, amis...)	**Adresse**	**Téléphone**

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous, devant deux personnes désignées ci-dessous (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 :

Je soussigné(e),

Nom et prénoms :

Qualité :

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

Témoin 2 :

Je soussigné(e),

Nom et prénoms :

Qualité :

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

MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e)

Nom :

Prénoms :

☐ ***Déclare modifier mes directives anticipées rédigées dans ce formulaire, comme suit :***

☐ ***Déclare annuler mes directives anticipées***

☐ ***Déclare renoncer à mes directives anticipées et déléguer à ma personne de confiance l'expression de mes souhaits et volontés***

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées décrites à la page précédente (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Fait à : Le :

Signature