

**Je soussigné(e)**

Nom et prénom de la personne accueillie : .....

Date de naissance de la personne accueillie : .....

Lieu de naissance de la personne accueillie : .....

Résident à « établissement et adresse de l'établissement »

Déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés

**OU**

Souhaite faire appel à deux témoins pour attester de l'exactitude des informations comprises dans ce formulaire (cf annexe FIE).

**Je rédige les présentes directives pour le cas où je ne serai plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

**1. Dans la situation où je me retrouverai dans un état de coma prolongé jugé irréversible :**

J'accepte que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurai définitivement perdu conscience et où je ne pourrai plus communiquer avec mes proches.

Je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurai définitivement perdu conscience et où je ne pourrai plus communiquer avec mes proches.

**2. A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet, la loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils ne peuvent être entrepris ou arrêtés, s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.**

**J'indique donc ici, en complétant par « oui » si j'accepte ou « non » si je refuse :**

Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :

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

Une intervention chirurgicale :

Autres (précisez) :

**Si ces actes ont déjà été entrepris, j'indique ici, en complétant par « oui » si j'accepte qu'ils soient arrêtés ou « non » si je refuse qu'ils soient arrêtés :**

- Assistance respiratoire :
- Dialyse rénale :
- Alimentation et hydratation artificielle :
- Autres (précisez) :

**3. En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si j'accepte ou je refuse la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur (un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès).**

- J'accepte la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur
- Je refuse la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur

<sup>1</sup>Fait à :

Le :

Signature de la personne accueillie :

---

<sup>1</sup> Ce document est établi en plusieurs exemplaires : un pour le dossier médical de la personne accueillie, un pour la personne de confiance si elle a été désignée, un pour chaque témoin le cas échéant.