DIRECTIVES ANTICIPÉES DE FIN DE VIE

Articles L. 1111-11 et R. 1111-17 à R. 1111-20 du Code de la santé publique

Conforme au modèle officiel de la Société de réanimation de langue française (SRLF)

Je soussigné(e), _____, né(e) le ____/____/_____ à _____, rédige librement et en pleine possession de mes facultés mentales le présent document afin d'exprimer mes volontés relatives à ma fin de vie, dans l'éventualité où je serais dans l'incapacité d'exprimer ma volonté.

1. REFUS DE L'OBSTINATION DÉRAISONNABLE ET TRAITEMENTS

Dans l'hypothèse où je serais en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable :

• Massage cardiaque et réanimation cardio-pulmonaire (RCR) :	**[ ] Je refuse catégoriquement [ ] Je souhaite [ ] Avis médical collégial**
• Ventilation artificielle prolongée (intubation / trachéotomie) :	**[ ] Je refuse catégoriquement [ ] Je souhaite [ ] Avis médical collégial**
• Alimentation et hydratation artificielles par sonde :	**[ ] Je refuse catégoriquement [ ] Je souhaite [ ] Avis médical collégial**
• Sédation profonde et continue jusqu'au décès :	**[ ] Je demande expressément ce droit [ ] Je ne demande pas ce protocole**

2. SÉQUELLES NEUROLOGIQUES ET FONCTIONNELLES JUGÉES INACCEPTABLES

Je demande l'arrêt des thérapeutiques actives de maintien en vie dans les situations suivantes :

- [ ] État végétatif ou coma permanent sans réveil possible
- [ ] Perte définitive de communication avec mes proches
- [ ] Perte totale et irréversible d'autonomie motrice
- [ ] Déficience intellectuelle ou démence sévère avancée

3. PERSONNE DE CONFIANCE DÉSIGNÉE (ARTICLE L. 1111-6 DU CSP)

Je désigne formellement comme personne de confiance référente auprès du corps médical :

Nom et prénom : _____ Lien : _____

Téléphone d'urgence : _____ Email : _____

Son témoignage prévaut sur tout autre avis familial. Elle a été préalablement informée de mes volontés.

4. DIRECTIVES PARTICULIÈRES ET VOLONTÉS EXPRESSES

Lieu de fin de vie souhaité (ex: domicile), accompagnement spirituel, présence de proches :

_____

_____

Fait à : _____ Signature manuscrite obligatoire du déclarant :

Le : ____/____/_____

_____