

## MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Adhérent à la Charte des Soins Palliatifs (ci-jointe), précisez les points suivants :

- 1- *(En tenant compte de ce que je désire en connaître),* je souhaite être informé de l'évolution de ma maladie de façon simple et loyale, m'aidant à cheminer vers l'acceptation de ma fin de vie. Parallèlement, ma famille doit bénéficier de la même approche.
- 2- Je refuse les thérapeutiques et les examens dont le but ne seraient pas de privilégier la qualité de vie. Cette attitude doit prévaloir aussi bien s'il s'agit de l'évolution terminale d'une maladie chronique que d'un accident aigu.
- 3- La prise en charge de douleurs physiques doit faire appel aux techniques confirmées et actualisées. Si mon médecin rencontre des difficultés dans la mise en œuvre des traitements, je lui demande de consulter un spécialiste (algologue) de la même façon qu'il le ferait pour une maladie cardiaque. Dans les cas extrêmes, j'accepte de bénéficier d'un sommeil induit mais intermittent.
- 4- Je souhaite bénéficier, ainsi que ma famille **et mes proches**, d'un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire incluant des bénévoles, et à chaque fois que nécessaire d'un psychologue, *(et si je le désire, d'un soutien spirituel ou religieux.)*
- 5- Si je suis atteint de troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer ou apparentées), je demande à être traité(e) comme une personne à part entière. Que mes proches et les soignants m'aident à utiliser au mieux mes facultés restantes, en particulier celles correspondant(es) à mon affectivité **et à ma spiritualité**. Je souhaite qu'aucune intervention médicale ou chirurgicale autre que celles destinées à soulager un état douloureux ne me soit prescrite.
- 6- Dans mon grand âge, cette attitude doit également prévaloir.
- 7- **Je refuse** : préciser les traitements refusés.
- 8- Je refuse tout geste d'euthanasie.
- 9- \_\_\_\_\_  
*(Je désire être soigné et mourir dans mon lieu de vie, dans les limites du raisonnable.)*  
\_\_\_\_\_
- 10- Tout médecin qui ne partage pas mes convictions et qui ne se sent pas dans la capacité d'assurer mes souhaits est autorisé à me confier à un autre confrère.
- 11- *Au cas où je serais dans l'incapacité d'exprimer mes volontés, je désigne comme personne de confiance Monsieur ou Madame : (nom, prénom, adresse).*

Fait à :

le :

signature

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_