



Formulaire relatif aux directives anticipées

HDR-FR-0070 | Version : 02

FORMULAIRE

Date d'application : 20/06/2024

Page 1 sur 1

IMPORTANT : La loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie établit que « toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite appelée directives anticipées pour préciser ses souhaits concernant sa fin de vie. Ce document aidera les médecins, le moment venu, à prendre leurs décisions sur les soins à donner, si la personne ne peut plus exprimer ses volontés. » Ces directives, si elles existent, s'imposent au médecin, sauf dans les cas suivants : - En cas d'urgence vitale pendant une évaluation nécessaire à une évaluation complète de la situation - Lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conforme à la situation médicale. Dans ce cas, le médecin doit rendre sa décision dans le cadre d'une procédure collégiale. Les directives doivent être rédigées, signées et datées par le déclarant. Si le déclarant n'est pas en capacité de rédiger, les directives peuvent être établies devant deux témoins qui attesteront de son consentement. Les directives, sans durée de validité, sont révocables ou modifiables à tout moment, dans les mêmes conditions que leur établissement. Elles sont conservées dans le dossier médical de l'utilisateur afin de préserver la confidentialité et l'accessibilité de ce type d'informations.

Je soussigné(e),

NOM marital NOM de jeune fille

PRENOM(S)

DATE ET LIEU DE NAISSANCE.....

Nom de la personne de confiance (si désignée) -----

Admis(e) au sein de l'Hôpital départemental de Reignier – 61 rue des vents blancs – 74 930 REIGNIER à compter du, déclare :

- Ne pas souhaiter rédiger de directives anticipées.
 Souhaiter rédiger mes directives anticipées,

Par la présente, je déclare :

- Souhaiter pouvoir bénéficier de soins de confort jusqu'au terme de ma vie, entouré(e) de mes proches, s'ils le souhaitent.
 Refuser tout acte de prévention, investigation ou de soins ayant pour effet la prolongation artificielle de ma vie, y compris l'alimentation et l'hydratation.
 Vouloir voir mes souffrances soulagées même si cela peut anticiper ma mort.
 Ne pas vouloir être réanimé(e) en cas d'arrêt cardiaque.

Autres précisions personnelles :

Fait à Le Signature de l'utilisateur