



.....  
.....  
.....

4) Je demande à ce que la réponse à mes besoins fondamentaux (alimentation et hydratation) soit adaptée à ma situation médicale, avec le souci de préserver au mieux mon confort jusqu'au bout. Je peux donner les instructions suivantes :

.....  
.....  
.....

5) Si, souffrant d'une affection grave et incurable avec pronostic vital engagé à court terme, persistait au terme d'une démarche médico-soignante de qualité une souffrance réfractaire aux traitements, je demande que soit étudié le recours à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ainsi que d'être informé des éventuelles alternatives thérapeutiques que le médecin pourrait encore proposer.

*Remarques personnelles :*.....  
.....  
.....

6) Autre demande : .....

Date :

Signature :

Ce document peut être accompagné de la désignation de la personne de confiance si elle n'a pas déjà été désignée.

Directives anticipées modifiées le :

## LOCALISATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Ce formulaire des directives anticipées sera (veuillez cocher la case adéquate) :

Remis au personnel de la Clinique Sainte Elisabeth pour être conservé dans l'espace de mon dossier médical partagé : oui non

Remis au personnel de la Clinique Sainte Elisabeth pour être conservé dans l'espace de mon dossier d'hospitalisation : oui non

Conservé sur moi ou chez moi : oui non

● si oui, à l'adresse suivante :

● à tel endroit :

Remis à :

● ma personne de confiance : oui non

Dans ce cas, je demande que l'existence de ces directives anticipées soit mentionnée dans mon dossier médical partagé ou dans mon dossier d'hospitalisation : oui non

● autre(s) personne(s) (cf tableau ci-dessous) :

| NOM | Prénom | Qualité<br>(Médecin,<br>famille, amis,<br>etc.) | Adresse | Téléphone |
|-----|--------|---|---------|-----------|
|     |        |   |         |           |
|     |        |   |         |           |
|     |        |   |         |           |

Nom et coordonnées de ma personne de confiance

Je soussigné(e)

Nom, prénoms, date et lieu de naissance :

nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone personnel :

Téléphone professionnel :

Téléphone portable :

E-mail :

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à :

le :

Signature

Signature de la personne de confiance

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées

Dans l'hypothèse où vous êtes dans l'incapacité d'écrire et de signer le formulaire des directives anticipées, mais que vous êtes en état d'exprimer votre volonté, vous pouvez demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsque celle-ci est désignée, d'attester que les directives anticipées sont l'expression de votre volonté libre et éclairée.

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 et prénoms :

Déclare modifier mes directives anticipées de ce formulaire comme suit :

Déclare annuler mes directives anticipées : oui  non

Déclare renoncer à mes directives anticipées et déléguer à ma personne de confiance l'expression de mes souhaits et volontés : oui  non

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 :