



Formulaire d'enregistrement Mes directives anticipées

FE-DPP-008 V 001

Nb de pages 2

Date d'application : 04/02/2022

Date :

Nom /Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Je soussigné(e) (nom-prénom) :

Né(e) le : à

énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

ACCEPTERIEZ-VOUS LES ACTES SUIVANTS ?	OUI	NON	Pas d'avis
RESPIRATION ARTIFICIELLE			
Une machine aide ma respiration			
Une machine remplace ma respiration			
Si je suis déjà porteur d'un tel dispositif, je désire qu'il soit arrêté			
REANIMATION CARDIORESPIRATOIRE			
Ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique			
ALIMENTATION ARTIFICIELLE			
Soit par une sonde placée dans le tube digestif			
Soit par une perfusion intraveineuse			
Si je suis déjà porteur d'un tel dispositif, je désire qu'il soit arrêté			
REHYDRATATION ARTIFICIELLE			
Soit par une sonde placée dans le tube digestif			
Soit par une perfusion intraveineuse			
Si je suis déjà porteur d'un tel dispositif, je désire qu'il soit arrêté			
REIN ARTIFICIEL			
Un dispositif ou une machine remplace l'activité de mes reins			
Si c'est déjà le cas, je désire que cela soit arrêté			
TRANSFERT VERS UN SERVICE DE REANIMATION			
TRANSFUSION(S) DE PRODUITS SANGUINS			
Si c'est déjà le cas, je désire que cela soit arrêté			
INTERVENTION CHIRURGICALE			
CHIMIO OU RADIOTHERAPIE ANTICANCEREUSE			
AUTRES TRAITEMENTS VISANT A PROLONGER MA SURVIE			
PREFERENCES			
Je préfère, autant que possible, rester à domicile afin que me soient proposés des traitements ou techniques visant à améliorer mon confort physique et psychologique			
Je préfère être hospitalisé afin que me soient proposés des traitements ou techniques visant à améliorer mon confort physique et psychologique			
AUTORISATION DE COMMUNICATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES			
A toute personne soignante ou structure de soin susceptible d'intervenir auprès de moi			
AUTRES SOUHAITS : dons d'organes, obsèques, don du corps à la science (démarche administrative faite), ... :			
.....			
.....			
.....			
.....			

Date :

Nom /Prénom :.....

Date de naissance :.....

Adresse :.....

.....

La personne étant dans l'impossibilité de rédiger elle-même ses directives anticipées, les 2 témoins attestent qu'elle est dans l'incapacité physique de les rédiger elle-même, qu'à sa demande ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

1^{er} témoin

2^{ème} témoin

Nom, prénom

Nom, prénom

Lien éventuel

Lien éventuel

Date et lieu de naissance.....

Date et lieu de naissance.....

.....

.....

Signature

Signature

Conservation

Je confie mes directives anticipées à :

Je conserve mes directives anticipées.

Fait à le

Signature