

## DIRECTIVES ANTICIPEES

*Loi du 22/04/2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie – Loi Leonetti  
Article L. 1111-11 du Code de la Santé Publique  
Arrêté du 3 août 2016*

Conformément à la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, toute personne majeure a le droit de rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté (dans une situation entraînant une incapacité passagère ou prolongée suite à un accident, à une maladie mentale ou neurologique ou en fin de vie).

- Les directives anticipées sont **un document écrit, daté et signé** (nom, prénom, date et lieu de naissance) et désignent les indications concernant les traitements et les soins, relatifs à la fin de vie, que vous souhaiteriez ou ne souhaiteriez pas recevoir (traitement de la douleur, modalités d'alimentation: d'hydratation, mesures de réanimation, prolongation artificielle de la vie...). Elles seront prises en compte lors d'une décision médicale de limitation ou d'arrêt d'un traitement.
- Si vous êtes dans l'impossibilité de les écrire vous-même, vous pouvez les dicter en présence de deux témoins, dont votre personne de confiance si vous en avez une. Vos témoins devront attester par leur signature qu'il s'agit bien de votre volonté.
- Vous pouvez conserver vous-même vos directives anticipées ou les remettre à votre personne de confiance, à un membre de votre famille, à un proche ou chez un médecin de votre choix.
- Vos directives anticipées sont révisables et révocables à tout moment.
- Si vous souhaitez que vos directives soient prises en compte par l'équipe soignante, vous devez faire mentionner dans votre dossier médical leur existence et les coordonnées de la personne qui les détient (document ci-joint à remplir).

Avez-vous rédigé des directives anticipées ?     Oui     Non

Si oui, **pensez à en apporter une copie lors de votre hospitalisation.** Elle sera jointe à votre dossier.

Vous pouvez, le cas échéant, nous communiquer les coordonnées de la personne qui les détient :

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Fait à : .....    Le : .....

Signature du patient :

**Merci de bien vouloir rapporter cette fiche complétée, et la remettre à votre arrivée à l'infirmier (ère).**