

Centre Hospitalier du Quesnoy

Les directives anticipées Formulaire



La personne de confiance peut vous **accompagner**, vous **aider** dans les décisions à prendre et vous **représenter** si vous n'êtes pas en capacité de vous exprimer. **Elle témoigne de qui vous êtes et de ce que vous souhaitez.** Le formulaire de désignation de la personne de confiance peut vous être remis si vous ne l'avez pas encore complété.

*La sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès est un droit dans certaines conditions. Elle consiste à endormir profondément une personne atteinte d'une maladie grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme pour soulager une souffrance résistante aux traitements. Elle est associée à un traitement anti-douleur et à l'arrêt des traitements maintenant artificiellement la vie. La décision de mise en œuvre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès revient au médecin référent à l'issue d'une procédure collégiale.

Que faire si ma famille, mes proches ou ma personne de confiance souhaitent quelque chose de différent de ce que je veux moi-même ? L'expression de mes souhaits écrits dans ces directives anticipées sera prise en compte par l'équipe médicale même si mes proches n'ont pas les mêmes souhaits.

Comment les transmettre et les conserver ?

Ces directives anticipées sont importantes que je sois bien portant(e) ou malade, et doivent être facilement accessibles aux équipes médicales qui seraient amenées à me prendre en charge.

Je peux les transmettre :

- à mon médecin traitant, à ma personne de confiance, à mes proches, etc.
- dans le cadre de ma prise en charge dans l'établissement, auprès de l'équipe médico-soignante du service ou de la consultation où je suis pris en charge

Si je modifie mes directives, je transmettrai la nouvelle version à ces personnes.



CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES

IT-IPA-334 v2 / 2024-10

© Direction de la Communication - CH de Valenciennes - Octobre 2023

Centre Hospitalier du Quesnoy

Les directives anticipées Formulaire

ma vie, mes choix.

Mes souhaits.

Écrire aujourd'hui mes directives anticipées permettra à mes proches et à mon médecin de connaître mes volontés si je ne suis pas en mesure de les exprimer.

J'ai partagé mes souhaits avec mes proches, et/ou ma personne de confiance, pour le cas où je nécessiterais une hospitalisation sans être en capacité de m'exprimer.

Il est important pour l'équipe médicale de connaître ces souhaits pour adapter ma prise en charge en fonction de ce qui est le plus important pour moi.



Centre hospitalier
Le Quesnoy



CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES

Mes informations.



Nom :
Nom de naissance :
Prénom(s) :
Né(e) le : à
Domicilé(e) à :

Ma personne de confiance.

Nom :
Nom de naissance :
Prénom(s) :
Coordonnées (téléphone) :

Mon médecin traitant.

Nom :
Ville :
Coordonnées (téléphone) :

Autres personnes. (personne à prévenir, tuteur, etc.)

Nom / Prénom :
Qualité :
Coordonnées (téléphone) :

J'exprime mes préférences.

(Vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à toutes les rubriques)

Ce qui est important pour moi, pour ma vie, ce qui a de la valeur pour moi (exemple : être à la maison, rencontrer ma famille ou mes amis, conviction religieuses, mon animal de compagnie, etc...)
.....
.....

Comment nous parlons des mauvaises nouvelles dans ma famille (exemple : nous en parlons ouvertement, on protège les enfants, nous n'en parlons pas, etc...)
.....
.....

Comment nous échangeons sur les décisions médicales dans notre famille (exemple : je prends les décisions moi-même, je les partage avec mes proches, etc...)
.....
.....

Je souhaite préciser ce qu'il me paraît important de faire connaître concernant ma situation actuelle (ma situation familiale, mon histoire de vie, etc...)
.....
.....

Je souhaite m'exprimer concernant les traitements et les actes dont le seul effet est de prolonger ma vie (exemple : tube pour respirer, dialyse, intervention chirurgicale, etc...)
.....
.....

Je souhaite que l'on mette en œuvre toutes les possibilités médicales pour me maintenir en vie. Mes souffrances doivent être allégées dans la mesure du possible mais je suis prêt(e) à accepter les contraintes liées à mon souhait d'être maintenu(e) en vie.
.....
.....

Je souhaite que les traitements médicaux servent avant tout à alléger mes souffrances. Pour moi, il n'est pas prioritaire de prolonger ma vie à tout prix. J'accepte que le fait de renoncer à certains traitements puisse abrégé ma vie.
.....
.....

Je précise ici ce que je ne veux vraiment pas (exemple : que le traitement soit entrepris ou arrêté, passer mes derniers jours à l'hôpital, etc...)
.....
.....

J'indique ici si je veux bénéficier d'une sédation profonde* et continue si mon état le nécessite : oui / non / je souhaite encore y réfléchir
.....
.....

Mes autres souhaits (exemple : accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, etc...)
.....
.....

Fait à, le / /
Signature