

# FORMULAIRE DE DÉCLARATION

## DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

**CHU** DIJON  
BOURGOGNE

### JE SUIS MAJEUR

Je pense être en bonne santé

/

Je suis atteint(e) d'une maladie évolutive et/ou grave

### SITUATION PERSONNELLE

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... À : .....

Domicilié(e) à : .....

Si je bénéficie d'une mesure de représentation à la personne (tutelle / habilitation familiale), je rédige mes directives anticipées avec l'autorisation (à joindre) : .....

Du juge :  oui  non / Du conseil de famille :  oui  non

Avez-vous désigné une personne de confiance ?  oui  non

Identité, lien et coordonnées :  
.....  
.....

### CONTEXTE

Je rédige mes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes souhaits et ma volonté sur ce qui est important à mes yeux, après un accident, du fait d'une maladie grave ou au moment de la fin de ma vie :

J'exprime mes habitudes de vie que je souhaite que l'on respecte (alimentation, soins corporels, loisirs...) :  
.....  
.....

J'exprime mes convictions et croyances que je souhaite que l'on respecte (ce qui compte le plus pour moi) :  
.....  
.....

J'exprime mes attentes, mes craintes et mes refus concernant les traitements, soins et certaines situations de vie :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



## J'APPORTE DES PRÉCISIONS

En cochant la case « je ne sais pas », l'équipe de soins prendra la décision la plus adaptée après échanges avec ma personne de confiance, à défaut ma famille, mes proches.

	J'accepte	Je refuse	Je ne sais pas
<b>Hospitalisation en réanimation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Réanimation cardiovasculaire</b> (massage cardiaque, chocs électriques...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aide à la Respiration</b>			
• Oxygène (lunettes, masque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respiration assistée externe (VNI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dialyse rénale</b> (machine qui remplace l'activité de mes reins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Intervention chirurgicale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alimentation artificielle</b>			
• Sonde naso-gastrique (tube dans le nez jusqu'à l'estomac)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Intraveineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hydratation artificielle</b>			
• Sonde naso-gastrique (tube dans le nez jusqu'à l'estomac)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Intraveineuse/ sous cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Transfusion sanguine</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>État comateux transitoire prolongé</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Radiothérapie pouvant améliorer mon confort</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Chimiothérapie pouvant améliorer mon confort</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Séquelles motrices</b>			
• Hémiplégie (paralysie d'un coté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Paraplégie (paralysie des 2 membres inférieurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tétraplégie (paralysie des 4 membres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Séquelles neurocognitives graves</b> (troubles de la communication, de la mémoire...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SITUATION PARTICULIÈRE

Si je ne suis pas en mesure d'écrire seul(e) mes directives anticipées, 2 témoins majeurs (dont ma personne de confiance si je l'ai désigné) attestent à ma demande que ce document est l'expression de ma volonté libre et éclairée :

Témoin 1
Nom / prénom : ..... Lien / qualité : ..... Date : ..... / ..... / ..... Signature :

Témoin 2
Nom / prénom : ..... Lien / qualité : ..... Date : ..... / ..... / ..... Signature :

## CONSERVATION

J'ai évoqué mes directives anticipées avec (identité et coordonnées de la personne) ?

.....

Je confie mes directives anticipées à : .....

Je conserve mes directives anticipées (lieu à préciser) : .....

Fait à : ..... le : ..... / ..... / .....

Signature :