DIRECTIVES ANTICIPÉES (page 1) & DÉSIGNATION DES PERSONNES DE CONFIANCE (page 2)

Établissez plusieurs copies de vos directives anticipées afin d'en remettre à chacun des destinataires suivants : • Votre médecin habituel • Les personnes de confiance de votre choix • **Le siège de l'Association où il sera conservé pour permettre à l'ADMD d'attester vos volontés** (merci de retourner cette copie **sans agrafe ni trombone,** sans lettre jointe, à l'adresse suivante : **Fichier national des directives anticipées – 130, rue Lafayette – 75010 Paris ou da@admd.org**, où elle fera l'objet d'un traitement informatique, conformément à la déclaration à la Cnil n°1433527 du 28 juin 2010, modifiée le 11 mars 2016, et en conformité avec le Règlement général sur la protection des données). Une fois numérisée par nos services, la copie reçue sera détruite. N'omettez pas de prévoir quelques copies à l'usage de vos autres médecins, de ville ou hospitaliers, anesthésistes, cadres infirmiers… **VOUS DEVEZ CONSERVER L'ORIGINAL ; GARDEZ UNE COPIE SUR VOUS.**

À partir de notre site **admd.org**, sur votre espace personnel, vous pouvez consulter et imprimer (format PDF) une copie de vos directives anticipées ou imprimer un formulaire vierge.

⚠ ***CE DOCUMENT N'EST VALABLE QUE SIGNÉ***

N° de membre (le cas échéant)

Je soussigné(e), (Nom d'usage, prénom) : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse : .....

.....

Courriel : ..... @ ..... Téléphone : .....

affirme rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés intellectuelles. Le cas échéant, j'ai rayé les points ci-dessous qui ne me conviennent pas.

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection incurable quelle qu'en soit la cause, ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés,

JE DÉCLARE SOLENNELLEMENT :

☐ • refuser tous les traitements, y compris pour les affections intercurrentes.
(Les actes [thérapeutiques] mentionnés à l'article L. 1110-5 [du code de la santé publique] ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire. *Article L. 1110-5-1 du code de la santé publique.*)

• demander que soient soulagées toutes mes douleurs.
(Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée. *Article L. 1110-5-3 du code de la santé publique.*)

• demander à bénéficier d'une sédation profonde et continue.
(À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie. *Article L. 1110-5-2 du code de la santé publique.*)

☐ • dans l'hypothèse où cela deviendrait légalement possible, demander à bénéficier d'une aide à mourir.
(Si la loi le permet lorsque je serai moi-même en situation de fin de vie, je souhaite que me soit appliquée une euthanasie active avec injection d'un produit létal, ou bénéficier d'un suicide assisté si je suis encore en capacité d'accomplir moi-même un geste actif. ***Article du code de la santé publique à préciser dès qu'une loi aura été votée.***)

☐ • autres précisions personnelles .....

.....

PAR AILLEURS, JE SOUHAITE :

• mourir à domicile : oui - non

• faire don de mes organes : oui - non
(renseignements sur dondorganes.fr/)

• être crématisé : oui - non

DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES
(Depuis la loi du 2 février 2016, ce document est valable INDÉFINIMENT)

Rédaction le : .....
Signature :

Désignation des personnes de confiance en page 2

RAPPEL : Article L. 1111-11 : Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. À tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige. Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

DÉSIGNATION DES PERSONNES DE CONFIANCE

N° de membre (le cas échéant) | Nom

JE DÉSIGNE COMME PERSONNES DE CONFIANCE, conformément à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, les personnes nommées ci-après ; elles agiront séparément, dans l'ordre de désignation, en fonction de leur disponibilité (désignation en cascade). Ces personnes ayant accepté leur désignation reçoivent de ma part le mandat exprès pour avoir accès à mon dossier médical et seront chargées de veiller au respect de mes volontés et de mes droits. À cet égard, je leur ai confié une copie de mes directives anticipées (page 1).

1re

♦ Nom, prénom : .....

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser : .....

Adresse : .....

..... Téléphone(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

accepte d'être personne de confiance et reçoit mandat exprès pour avoir accès au dossier médical.

.....

Date : ..... **Signature de la 1ère personne de confiance :**

2e

♦ OU, À DÉFAUT : Nom, prénom : .....

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser : .....

Adresse : .....

..... Téléphone(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

accepte d'être personne de confiance au cas où la première personne désignée serait indisponible et reçoit mandat exprès pour avoir accès au dossier médical.

.....

Date : ..... **Signature de la 2e personne de confiance :**

3e

♦ OU, À DÉFAUT : Nom, prénom : .....

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser : .....

Adresse : .....

..... Téléphone(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

accepte d'être personne de confiance au cas où les deux premières personnes désignées seraient indisponibles et reçoit mandat exprès pour avoir accès au dossier médical.

.....

Date : ..... **Signature de la 3e personne de confiance :**

⚠ **Je décharge mes personnes de confiance, les médecins et soignants me traitant et mon entourage de toute responsabilité, puisqu'ils agissent selon ma volonté, en conformité avec mes directives anticipées, dans le respect de ma liberté et de ma dignité.**

DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES

(Depuis la loi du 2 février 2016, ce document est valable INDÉFINIMENT)

Rédaction le : .....

Signature :

Plus d'information : preparersafindevie.fr

Accédez à votre espace personnel : votre.admd.org

ADMD Écoute : **01 48 00 04 92**

Fichier national des directives anticipées : **01 48 00 09 89**

Services administratifs : **01 48 00 04 16**

04/2025