

# Centre Hospitalier de Valenciennes

## 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 au CHV, 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

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

# Centre Hospitalier de Valenciennes

## 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.**



Établissement  
certifié avec mention



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, jardiner, rencontrer ma famille ou mes amis, conviction religieuses, 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