

Madame X (nom de femme mariée), née Y (nom de jeune fille), le (date de naissance) à (lieu de naissance)
adresse

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

Je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet. La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. Je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardiorespiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur. En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, je veux bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès.

Fait le à
Signature

Je soussigné(e) noms, date et lieu de naissance Nantes

désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénoms

Domicilié(e) à

Téléphone privé :... Téléphone professionnel

Téléphone privé :..... Email

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer. Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées.

Fait le à.....

Votre signature

Signature de la personne de confiance