

	<h1>Formulaire de directives anticipées</h1>	HA-FR-0077	Version 02
		23 avr. 2026	

## I. Qu'est-ce que les directives anticipées ?

Les « directives anticipées » concernant les situations de fin de vie sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements ou les actes médicaux que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus communiquer après un accident grave ou à l'occasion d'une maladie grave. Elles concernent les conditions de votre fin de vie, c'est-à-dire de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser les traitements ou les actes médicaux.

Le professionnel de santé doit respecter les volontés exprimées dans les directives anticipées, conformément à la législation en vigueur.

Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseil dans la rédaction de vos directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie. Il pourra vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments. Cela pourra éclairer votre choix.

Vous pouvez également en parler avec personne de confiance, personne qui est en mesure de témoigner de vos volontés.

**Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez.** En présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

**Ce formulaire vous est remis en application :**

- **Du Décret n°2016-1067 du 3 Août 2016 relatif aux directives anticipées**
- **De la loi n°2016-87 du 2 Février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie**

	<h1>Formulaire de directives anticipées</h1>	HA-FR-0077	Version 02
		23 avr. 2026	

## 2. Mon identité

Nom d'usage :..... Nom de jeune fille :.....

Prénom(s).....

Date et lieu de naissance.....

Je fais l'objet d'une mesure de tutelle, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation :

- Du juge :  Oui  Non
- Du conseil de famille :  Oui  Non

### 3. Mes directives anticipées

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 :

- A propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie), j'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu la conscience et ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....

.....

.....

- A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet, j'indique si j'accepte ou si je refuse :

- Une réanimation cardiaque ou respiratoire (tube pour respirer) :  Oui  Non
- Le branchement de mon corps sur un appareil de dialyse rénale :  Oui  Non
- Une intervention chirurgicale :  Oui  Non
- Autres : .....

- Si les actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés, notamment :

- Une assistance respiratoire :  Oui  Non
- Une dialyse rénale :  Oui  Non
- Une alimentation ou hydratation artificielle :  Oui  Non
- Autres : .....

- Si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....

.....

.....

Fait le ..... à .....

Signature :



	<h1>Formulaire de directives anticipées</h1>	HA-FR-0077	Version 02
		23 avr. 2026	

## 5. Je suis dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e)

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous.

**TEMOIN N°1** : Je soussigné(e)

NOM et Prénoms : .....

Qualité : .....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme.....

Fait le ..... à .....

Signature :

**TEMOIN N°2** : Je soussigné(e)

NOM et Prénoms : .....

Qualité : .....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme .....

Fait le ..... à .....

Signature

	<h1>Formulaire de directives anticipées</h1>	HA-FR-0077	Version 02
		23 avr. 2026	

**6. Je souhaite modifier ou annuler mes directives anticipées**

Je soussigné(e)

NOM et Prénom : .....

- Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et les transmettre a votre médecin. Le document le plus récent fera foi.
- Ou : Déclare annuler mes directives anticipées datées du .....

Fait le ..... à .....

Signature