Ramsay Santé
Hôpital privé d'Antony

Les directives anticipées, Qu'est-ce que c'est ?

Lors de votre admission à l'Hôpital, il vous sera demandé de remplir la fiche de personne de confiance qui comprend l'existence de vos directives anticipées.

Voici quelques conseils pour vous aider :

C'est une déclaration écrite que vous rédigez pour préciser vos souhaits, pour le cas où vous ne seriez plus en capacité d'exprimer votre volonté sur ce qui est important à vos yeux après un accident, du fait d'une maladie grave ou au moment de la fin de vie. Vous exprimez ainsi par avance votre volonté de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser des traitements ou actes médicaux.
Ce document aide les médecins, le moment venu, à prendre leurs décisions sur les soins à donner si vous ne pouvez plus exprimer vos volontés.

Toute personne majeure est libre de les rédiger sans obligation.

Art L.1111-11 du code de santé publique

Avec qui en parler ?

- ***Demander des conseils :*** professionnels de santé, personne de confiance, proche ou famille, association de patients ou d'accompagnement, ou toute autre personne de votre choix.
- ***Indiquer leur existence :*** médecin, personne de confiance, proches, famille.

Comment les rédiger ?

- ***Quand peut-on les écrire ?*** Quand vous voulez, que vous soyez malade ou non. Elles peuvent être modifiées ou annulées à tout moment et n'ont pas de limite dans le temps.
- ***Comment les rédiger ?*** Vous pouvez les rédiger sur papier libre daté et signé en utilisant par exemple le formulaire au verso. Si vous ne pouvez plus écrire, vous pouvez les dicter et les faire dater et signer par 2 personnes. Si vous êtes sous tutelle, vous pouvez les rédiger avec l'accord du mandataire. Vous pouvez également vous renseigner via le lien suivant : https://www.servicepublic.fr/particuliers/vosdroits/F32010

Où les conserver ?

- ***Avec vous*** (en donnant des copies aux professionnels de santé).
- Chez votre ***personne de confiance/votre famille/un proche.***
- Dans votre ***dossier médical*** en les confiant à ***votre médecin traitant*** ou au ***médecin qui vous prendra en charge à l'hôpital.***
- Dans ***votre Dossier Médical Partagé.***

Pour plus de renseignements : **https://hopital-prive-antony.ramsaysante.fr**

N° de création 19973 (V3 – Juin 2025)

Ramsay Santé
Hôpital privé d'Antony

Modèle de Formulaire : Mes directives anticipées

Je soussigné(e),

NOM : .....

NOM de jeune Fille : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : ... /...../..... **à** .....

Adresse : .....

.....

Conseils :

- **Eviter les formules généralisées du type** : « ne pas réanimer », « ne pas remettre en place des appareils de survie artificielle » car elles peuvent être contraires à l'intérêt du patient.
- **Préférer des mentions du type** :« qu'on n'entreprenne, ni ne poursuive les actes de prévention, d'investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie » « que l'on soulage efficacement mes souffrances, même si cela a pour effet secondaire d'abréger ma vie » ...

Mes souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement dans l'hypothèse où je ne serai plus en mesure d'exprimer ma volonté en fin de vie :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date : ...../...../..... Signature :

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire ce document et de le signer, vous pouvez faire attester par deux témoins, que ce document relate bien l'expression de votre volonté libre et éclairée :

Témoin 1 :

Je soussignée NOM :

NOM de JF :

Prénom :

En qualité de :

Atteste que les directives anticipées ci-contre

En date du ...../...../.....

Relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M./Mme :

Date : ...../...../..... Signature

Témoin 2 :

Je soussignée NOM :

NOM de JF :

Prénom :

En qualité de :

Atteste que les directives anticipées ci-contre

En date du .../...../.....

Relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M./Mme :

Date : ...../...../..... Signature

Modification : ❑ Je demande une modification de mes directives anticipées : ✍ **Remplir une nouvelle fiche**

Révocation : ❑ Je révoque mes directives anticipées

Date : ...../...../..... Signature :