

*Les directives anticipées peuvent être rédigées sur du papier libre et avoir un contenu variable, il suffit qu'elles soient datées et signées. Ce formulaire est une simple proposition de rédaction. Il peut être utilisé dans sa totalité ou en remplissant une partie des questions.*

NOM et PRÉNOM .....

DATE et LIEU DE NAISSANCE .....

ADRESSE .....

.....

Tél. ....

### **PRÉAMBULE**

Avant d'exprimer mes souhaits concernant la prise en charge médicale lors de ma fin de vie, je tiens à affirmer que la rédaction de ce document est profondément inspirée par ma foi catholique. Je crois en Dieu, révélé en Jésus-Christ, qui est à l'origine de toute existence. Je vivrai mes derniers moments dans l'espérance d'être associé(e) à sa résurrection, pour la vie éternelle.

*(Il est possible d'ajouter d'autres affirmations de la foi catholique.)*

En conscience et après discernement individuel et communautaire, j'exprime mes souhaits concernant la prise en charge médicale lorsque je ne serai plus en mesure de communiquer.

**Si la perte de conscience est irréversible :**

- Je refuse toute forme d'euthanasie.

**Dans une situation d'obstination déraisonnable interdite par la loi (loi n° 2016-87 du 2 février 2016), reconnue à la suite d'une délibération collégiale et motivant un arrêt des traitements actifs, je refuse :**

- la réanimation cardio-respiratoire,
- l'assistance respiratoire,
- toute suppléance artificielle d'un organe défaillant.

et tout autre traitement médical « inutile, disproportionné, et ayant pour seul objectif le maintien artificiel de la vie ».

Inversement je ne souhaite pas qu'un arrêt de traitement soit intentionnellement entrepris pour abrégier ma vie.

**Dans le cas d'un traitement de sédation destinée à soulager la douleur, je souhaite que ce traitement soit :**

- profond et continu,
- proportionné et non pas profond d'emblée,
- cyclique pour permettre des phases de repos et des phases d'éveil.

Je demande que ce traitement ne soit en aucun cas un geste euthanasique et que l'intentionnalité du traitement soit de soulager une souffrance et non pas d'abrégier volontairement ma vie.

**Dans les cas d'une diminution ou arrêt de traitement, je demande que la décision soit prise après une procédure collégiale.**

**Je souhaite qu'à cette procédure puisse assister :**

- ma famille,
- un prêtre ou un aumônier,
- une personne de mon entourage (préciser) .....

**J'exprime mes souhaits concernant la présence des proches lors de cette période de fin de vie.**

Je souhaite si possible être entouré(e) par ces personnes :

- Je souhaite la présence de ..... (spécifier)
- Je souhaite la présence d'un ministre du culte (prêtre, aumônier d'hôpital) .....

**Afin d'être accompagné(e) spirituellement et en cohérence avec ma foi catholique, je souhaite la célébration des actes de culte suivants, en particulier à l'occasion de mes moments de lucidité :**

- onction des malades
- viatique
- prière de recommandation
- autre (préciser) .....

**D'autres souhaits :**

*(Par exemple : accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes, célébration des obsèques à l'église.)*

Date de rédaction

Signature