



MES DIRECTIVES
ANTICIPÉES
EN
RÉANIMATION

Formulaire



La Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) regroupe les professionnels de santé travaillant dans les services de Réanimation.

Elle vous propose de vous aider à rédiger vos directives anticipées dans un document qui intègre les spécificités de cette spécialité.



MES DIRECTIVES ANTICIPÉES EN RÉANIMATION



Cette démarche est avant tout une réflexion personnelle

Avant de prendre une décision quant à vos volontés concernant les soins et les traitements à vous procurer, il est important de réfléchir à vos valeurs.

Par exemple :

- Qu'est-ce qui a le plus de valeur à vos yeux ?
- Qu'est-ce qui vous rend heureux ?
- Seriez-vous prêt à accepter une perte d'autonomie pour vivre quelques mois ou années de plus, comme par exemple dépendre d'une autre personne pour vous déplacer, vous laver ou vous alimenter ?
- Seriez-vous prêt à renoncer à des traitements qui pourraient prolonger votre vie au prix d'une perte d'autonomie jusqu'à la fin de votre vie ?
- Quels sont vos sentiments par rapport à la mort et à ce qui entoure le processus de la mort ?
- De quoi avez-vous le plus besoin pour assurer votre bien-être mental ou physique ?
- Y a-t-il des conditions, mentales ou physiques, qui vous amènent à penser que les traitements prolongeant votre vie ne devraient pas être entrepris ou devraient être cessés ?
- Vos relations avec les autres peuvent-elles influencer vos choix et vos décisions par rapport à votre santé ?



Cette démarche est aussi l'occasion d'échanges

Il est important que vous discutiez avec les professionnels de santé (médecin traitant, médecin intensiviste-réanimateur, infirmier(e), kinésithérapeute, psychologue) et vos proches (famille, amis) de vos souhaits relatifs à votre fin de vie. Ces entretiens successifs sont l'occasion de donner des informations de plus en plus précises, notamment sur la maladie et son évolution, les traitements possibles et ce qui peut advenir en cas de non réponse ou d'effets secondaires.

C'est aussi pour vous, si vous le souhaitez, l'occasion d'exprimer vos valeurs, votre conception de l'existence et d'en discuter avec votre entourage.



Que faire du formulaire de directives anticipées que nous proposons ci-après ?

Nous vous recommandons de conserver ce document en un lieu connu de vos proches, et de désigner une personne de confiance, c'est-à-dire une personne qui parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer. Il est également important d'informer votre entourage, votre médecin traitant et les soignants qui vous prennent en charge, de son existence et de son lieu de conservation.

N'oubliez pas que ces directives anticipées sont valables sans limite de temps mais que vous pouvez les modifier ou les annuler à tout moment.



Nom :

Prénoms :

Né(e) le :

Je coche la case correspondant à ma situation :

- ☐ Je suis atteint(e) d'une maladie grave ou d'un handicap.
- ☐ Je n'ai pas de maladie grave ou de handicap, mais j'écris ces directives dans le cas où je me retrouverais dans certaines situations pouvant conduire à un maintien artificiel de ma vie (traumatisme crânien grave, accident vasculaire cérébral, coma prolongé, etc.) ou à des séquelles irréversibles.

- ☐ Pour l'instant, je souhaite ne pas me déterminer sur les points évoqués ci-après. Je laisse l'équipe médicale décider des soins et traitements appropriés, en évitant toute obstination déraisonnable et en se conformant à la loi en vigueur.

- ☐ Je complète le formulaire ci-après :

J'accepterais que les traitements suivants soient entrepris ou poursuivis pour moi :

	Oui	Non	Sous certaines conditions*	Je ne sais pas
Hospitalisation en Réanimation	☐	☐	☐	☐
Massage cardiaque	☐	☐	☐	☐
Ventilation artificielle avec intubation ou trachéotomie temporaire	☐	☐	☐	☐
Ventilation artificielle avec masque	☐	☐	☐	☐
Dialyse (rein artificiel) temporaire	☐	☐	☐	☐
Intervention chirurgicale	☐	☐	☐	☐
Hydratation par perfusion ou sonde	☐	☐	☐	☐
Alimentation par perfusion ou sonde	☐	☐	☐	☐

* Je souhaite préciser certaines conditions ou formuler librement ceci :

(par exemple, ce qui est le plus important pour moi à la fin de vie ou ce que je n'aimerais pas).

Écrire au besoin sur papier libre daté et signé :

This image shows a full page of primary-ruled paper. It features multiple sets of horizontal dashed lines spaced evenly down the page, providing a guide for handwriting practice. The paper is otherwise blank, with no margins or additional markings.

J'accepterais de vivre avec les séquelles suivantes :

	Oui	Non	Sous certaines conditions*	Je ne sais pas
Paralysie d'un côté (hémiplégie)	☐	☐	☐	☐
Paralysie de tout mon corps (tétraplégie)	☐	☐	☐	☐
Paralysie des 2 jambes (paraplégie)	☐	☐	☐	☐
Coma permanent	☐	☐	☐	☐
Etat nécessitant une trachéotomie définitive	☐	☐	☐	☐
Etat nécessitant une trachéotomie définitive et un respirateur en permanence	☐	☐	☐	☐
Etat nécessitant une dialyse à vie	☐	☐	☐	☐
Anus artificiel définitif avec une poche	☐	☐	☐	☐
Amputation d'un membre	☐	☐	☐	☐
Séquelles inesthétiques graves	☐	☐	☐	☐
Déficience intellectuelle sévère	☐	☐	☐	☐
Ne plus jamais pouvoir boire et manger par la bouche	☐	☐	☐	☐
Ne plus jamais voir	☐	☐	☐	☐
Ne plus jamais entendre	☐	☐	☐	☐
Ne plus jamais pouvoir communiquer avec mes proches	☐	☐	☐	☐
Ne plus jamais pouvoir réaliser seul les actes de la vie courante (se laver, s'habiller, etc.)	☐	☐	☐	☐

* Voir texte libre en page 3

Je souhaiterais que la fin de ma vie se déroule dans les conditions suivantes :

	Oui	Non	Je ne sais pas
Je veux être endormi(e) profondément jusqu'à ma mort (sédation profonde et continue avec traitement de la douleur)	☐	☐	☐
Je préfère mourir chez moi	☐	☐	☐
Je préfère mourir à l'hôpital	☐	☐	☐
Je souhaite voir un représentant de ma religion <i>Quelle religion ?</i>	☐	☐	☐
Je souhaite ne pas rester seul(e) au moment de ma mort	☐	☐	☐
Je souhaite que mes proches soient présents s'ils le désirent	☐	☐	☐
Les jeunes enfants de mon entourage pourront être présents	☐	☐	☐
Je souhaite la présence de mon animal de compagnie	☐	☐	☐
Je souhaite être maquillé(e), coiffé(e), parfumé(e)	☐	☐	☐
Je souhaite mourir habillé(e) avec mes vêtements	☐	☐	☐
Je souhaite mourir entouré(e) d'objets personnels	☐	☐	☐
Je souhaite pouvoir entendre ma musique préférée	☐	☐	☐
Je souhaite pouvoir faire un don d'organes après ma mort si cela est possible	☐	☐	☐

Voici les coordonnées de ma personne de confiance :

.....

.....

.....

.....

J'ai bien conscience que je peux changer d'avis à tout moment, sans avoir à le justifier.

DATE

SIGNATURE

.....