



# HOPITAL PRIVE ARNAULT TZANCK

MOUGINS - SOPHIA ANTIPOLIS

## Les Directives Anticipées

Information donnée à tous les patients entrant dans un établissement de soins

(cf. article L1111-11 du code de la santé publique)

"Je peux décider..."

Toute personne peut, si elle le souhaite, rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

Vous venez d'être hospitalisé(e) dans notre Établissement.

Ce peut être le moment de prendre des décisions importantes qui pourront être utiles un jour. Les prendre aujourd'hui évitera que d'autres (famille, entourage, ...) les prennent ce jour-là à votre place, sans que vos volontés puissent être respectées, faute de les connaître.

Nos équipes médicales, psychologues, soignants sont formés à répondre aux questions que vous vous posez : n'hésitez pas à les solliciter.

Ces directives indiquent vos souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement. Elles seront consultées par le médecin avant de prendre toute décision.

Vous pouvez annuler ou modifier vos directives anticipées à tout moment.

Afin que vos directives soient prises en compte, sachez les rendre accessibles à l'équipe soignante qui vous prend en charge au sein de l'Établissement : transmettez-les ou signalez leur existence en indiquant les coordonnées de la personne à laquelle vous les avez confiées.

Directives anticipées confiées à :

.....

Il s'agit de ma personne de confiance :  oui  non

Vous pouvez les rédiger au dos de cette fiche.





# HOPITAL PRIVE ARNAULT TZANCK

MOUGINS - SOPHIA ANTIPOLIS

N° dossier : .....	Date entrée : .....
Nom Prénom : .....	Sexe : .....
Nom de naissance : .....	
Date Naissance : .....	N° IPP : .....
Service : .....	Pôle : .....
Médecin Responsable : .....	

## Les Directives Anticipées

Dans le respect de la loi Leonetti, les médecins s'engagent :

- à soulager les souffrances par tous les moyens, même si, en fin de vie, les traitements peuvent avoir pour effet secondaire d'abrèger la vie,
- à s'abstenir de tout acharnement thérapeutique, tel que pratiquer des investigations ou des soins qui n'auraient pour effet que de prolonger artificiellement la vie,
- à mettre tous les moyens en œuvre pour que la fin de vie soit la plus digne possible,
- à respecter les demandes personnelles exprimées par les directives anticipées.

Je soussigné(e), Mme, M. ....

Né(e) le : ...../...../..... à .....

ne souhaite pas exprimer de directives anticipées autres que celle citées dans la loi Léonetti.

souhaite exprimer mes décisions personnelles relatives aux directives anticipées, révocables à tout moment.

énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour dans l'incapacité d'exprimer ma volonté :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à : .....

Signature :

Le : ...../...../.....