

GHT - FORMULAIRE D'INFORMATION AU DROIT A LA REDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPEES

Dispositif prévu par la loi 2005-370 du 22 avril 2005 dite « Loi Léonetti » Révisé par la loi 2016-87 du 2 février 2016 dite « Claeys Léonetti »

Qu'est-ce- que c'est?

C'est **une déclaration écrite qui indique mes volontés pour ma fin de vie, si un jour je suis en situation où je ne peux plus m'exprimer. Elles permettent au médecin de connaître mes souhaits en matière de traitements médicaux. Leur rédaction n'est pas obligatoire, c'est un acte libre.**

- Comment ça marche ?

- o J'écris quand je le veux, que je sois malade ou non. Je peux les modifier à tout moment et n'ont pas de limites de temps.
- o Je peux les rédiger selon les modèles de l'Haute Autorité de Santé ou sur papier libre daté et signé avec mon nom, prénoms, date et lieu de naissance. Si je ne peux pas écrire, 2 témoins m'assisteront.
- o J'écris mes souhaits pour la poursuite, l'arrêt, le refus de traitements médicaux pour ma fin de vie.

- A qui j'en parle ?

- o Je peux demander des conseils à mon médecin traitant, aux professionnels de santé, à ma personne de confiance, à mes proches, à ma famille, à des associations de patients ou d'accompagnement, ou à tout autre personne avec qui je souhaite en parler pour m'aider à réfléchir
- o J'indique à mon médecin, à ma personne de confiance ou à ma famille/ proches que j'ai rédigé mes directives anticipées et où les trouver.

- **Et après, où je les conserve ?** Je peux les partager en les confiant à l'assurance Maladie via Mon Espace Santé, ou les donner à mon médecin traitant, ou les confier à ma personne de confiance, à ma famille, à mes proches. Une copie pourra être confié à mon hôpital de référence.

- **J'AI DEJA RÉDIGÉ MES DIRECTIVES ANTICIPÉES :** OUI NON

• SI OUI, OÙ SONT-ELLES CONSULTABLES ?

- **JE SOUHAITE AVOIR PLUS D'INFORMATIONS :** OUI NON

Mr, Mme, Nom Prénom.....

Adresse.....

Téléphone e-mail

Fait à :

Le :.....

Signature du patient :

PARTIE RESERVEE AU SERVICE :

N'est pas en capacité de recevoir l'information des directives anticipées

Ne souhaite pas compléter ce formulaire.

Nom, Prénom Fonction.....

Date

Signature :