

Draft prepared for AAWE members of a possible model for a Living Will *en français* to correspond to current practice and laws in France (last revised January 2013)

DECLARATION DE DIRECTIVES PERSONNELLES ANTICIPEES RELATIVES AU TRAITEMENT MEDICAL

Je, soussigné(e)....., ,
nom prenom nom de jeune fille

né(e) le.....lieu de naissance.....
(jour, mois, l'annee)

domicile:
.....
telephones:.....email:

déclare rédiger ce document en toute liberté, sans aucune pression extérieure et en pleine possession de mes facultés.

Je peux l'annuler ou le modifier à tout moment. Je suis reconnaissant(e) envers ma famille, mes proches, et les médecins qui veilleront à le respecter, et je déclare les dégager de toute responsabilité liée au respect de mes directives ici exprimées, même si cela doit entraîner ma mort.

Si, suite à un accident, une maladie, ou toute autre affection, je suis dans un état de déchéance physique ou intellectuelle extrême, sans espoir d'amélioration; et incapable d'exprimer ma volonté;

-Je refuse qu'on prolonge ma vie par des moyens artificiels ou par archarnement thérapeutique

-Je refuse la réanimation cardiopulmonaire.

-Je refuse une alimentation artificielle (tube feeding), et si celle-ci est commencée, je demande qu'elle soit arrêtée.

-Je refuse une hydratation artificielle qui aurait pour seul but de prolonger ma vie.

-Je refuse une respiration par machine qui aurait pour seul but de prolonger ma vie.

Je demande qu'on veille à mon confort et que l'on me soulage de la douleur en administrant des médicaments en doses utiles, même si cela peut hâter ma mort; et si je suis incurable et dans des souffrances intolérables, que je puisse bénéficier d'une sedation terminale. S'il n'existe aucun espoir de retour a une vie consciente et autonome, je souhaite que l'on me procure une mort rapide et douce.

Autres precisions personnelles:

Je donne mandat à, "ma personne de confiance" de veiller à l'exécution de mes directives anticipées exprimées ci-dessus.

(Pour vos volontés concernant l'enterrement, l'incinération, des services religieux et autres considérations, vous pouvez les ajouter ici, ou rédiger un autre document ou annexe.)

fait à le.....

Signature:.....

Renouvelé le.....
Signature:

Renouvelé le.....
Signature:

Renouvelé le.....
Signature:

Renouvelé le.....
Signature:

Médecin traitant:..... tel.

