

7. Je n'autorise personne (pas même la personne de confiance désignée) à passer outre aux instructions que j'ai exposées ci-dessus. Peut-être ma famille, mes proches ou mes amis exprimeront-ils leur désaccord avec ma volonté. Toutefois, pareil désaccord ne change en rien ma détermination à refuser le sang et il ne pourra influencer sur les autres instructions exprimées ci-dessus.
8. Outre les choix exposés précédemment, je désigne comme " personne de confiance " la personne dont les coordonnées apparaissent dans l'encadré ci-dessous. Je lui donne tout pouvoir et autorité pour accepter ou refuser à ma place tout traitement (y compris la nutrition et l'hydratation artificielles), pour s'entretenir avec les médecins, pour consulter mon dossier médical et pour utiliser tous moyens légaux afin de s'assurer que ma volonté est bien respectée. En cas d'empêchement de la personne de confiance, je désigne pour la remplacer la personne dont les coordonnées figurent dans le deuxième encadré ci-dessous.

Signature

Date

PERSONNE DE CONFIANCE

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone(s) : _____

PERSONNE DE CONFIANCE SUPPLÉANTE

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone(s) : _____

Ce document a été établi conformément aux dispositions des articles L. 1111-4, L. 1111-6 et L. 1111-11 du Code de la Santé publique (Journal officiel de la République française du 5 mars 2002 et du 23 avril 2005).

Instructions médicales/Directives anticipées
(Document signé au verso)

PAS DE SANG



Instructions médicales/Directives anticipées

1. Je soussigné(e) _____, né(e) le _____,

Lieu de naissance : _____ Adresse : _____

remplis ce document afin d'exposer ma volonté et mes instructions en matière médicale, et de désigner une personne de confiance au cas où je ne serais pas en mesure de m'exprimer.

2. En tant que Témoin de Jéhovah, je demande instamment qu'**AUCUNE TRANSFUSION de sang total, de globules rouges, de globules blancs, de plaquettes ou de plasma** ne me soit administrée, quelles que soient les circonstances, même si le personnel soignant estime qu'une telle transfusion est indispensable. Je refuse la transfusion autologue programmée (c'est-à-dire que du sang me soit prélevé, puis qu'il soit stocké en vue d'être réinjecté ultérieurement).

3. Fractions mineures du sang :

a) ~~_____~~ Je les refuse toutes

b) Je les refuse toutes sauf : _____

c) Je souhaite en discuter au cas par cas si je suis conscient(e), ou, si mon état ne le permet pas, que la personne de confiance que j'ai désignée soit consultée.

4. **Techniques médicales impliquant l'utilisation de mon sang.** Ce qui suit ne concerne pas l'utilisation de mon sang à des fins de diagnostic (comme les prises de sang pour analyse) :

a) Je les refuse toutes

b) ~~_____~~ Je les refuse toutes sauf

c) Je souhaite en discuter au cas par cas si je suis conscient(e), ou, si mon état ne le permet pas, que la personne de confiance que j'ai désignée soit consultée.

5. **Directives concernant la fin de vie :**

a) Je ne veux pas qu'on prolonge ma vie, si, à un degré raisonnable de certitude, les médecins jugent mon état désespéré.

b) _____ Je souhaite que ma vie soit prolongée le plus longtemps possible, dans les limites généralement acceptées des normes médicales, même si cela signifie être maintenu(e) en vie artificiellement pendant des années.

6. **Autres instructions médicales** (traitements en cours, allergies, problèmes de santé, etc.) :

