**Objet du présent document** : Désignation de ma personne de confiance et directives anticipées dans le cas où, victime d’une infection grave, en lien ou non avec l’épidémie de SARS-CoV-2, je serais amené à être pris en charge en service de réanimation ou de soins intensifs.

Je soussigné M. ou Mme , né(e) le à , conformément aux dispositions de l’article L.1111-6 du Code de la santé publique, désigne Mr ou Me comme personne de confiance.

Ce jour, alors que je suis en pleine possession de mes facultés mentales, je demande expressément à Mme ou M. dans le cas où je serais pris en charge dans un service de soins intensifs ou de réanimation, et dans l’incapacité d’exprimer ma volonté, de notifier clairement les directives anticipées ci-dessous à l’équipe médicale, et de veiller à ce qu’elles soient respectées.

Si je devais être pris(e) en charge en raison d’une grave infection (sepsis ou choc septique), ou d’un SDRA (Syndrome de Détresse Respiratoire Aigüe) consécutif à une infection par le SARS Cov-2, je veux bénéficier du protocole MARIK (Ref: MARIK et al. CHEST. June 2017. Hydrocortisone, Vitamin C, and Thiamine for the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock. A Retrospective Before-After Study), ou du protocole de la FLCCC (Front Line COVID 19 Critical Care. cf protocole ci-joint)

Je laisse à l’équipe médicale le soin de déterminer si d’autres traitements pourraient s’avérer nécessaires et de les mettre conjointement en œuvre, avec l'accord de ma personne de confiance, étant entendu que **la mise en œuvre de l’un ou l’autre de ces protocoles est une exigence inconditionnelle de ma part.**

Je formule ces directives anticipées sur le fondement de l’article L.1111-4 du Code de la santé publique qui dispose que :

« Toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu’il lui fournit, les décisions concernant sa santé.
Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l’avoir informée des conséquences de ses choix…..

Lorsque la personne est hors d’état d’exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l’article L.1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ».

Mon droit « de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l’efficacité est reconnue »,  et m’offrant par conséquent le plus de chances de survie, est également clairement garanti par l’article 1110-5 du code de la santé publique.

Je veux croire, au moment où je rédige le présent document, que ma volonté sera respectée et que l’équipe médicale bienveillante qui sera amenée à me prendre en charge reconnaîtra le bien-fondé de cette demande et respectera strictement le choix éclairé que je formule ici clairement.

Ceci étant, ayant été averti du fait qu’il pourrait en être autrement, notamment en raison des grandes réticences de la part de certains médecins à utiliser une molécule (la vitamine C),dont l’efficacité n’a plus à être démontrée, et dont la balance bénéfices/risques ne peut qu’inciter à son utilisation, je souhaite ajouter ce qui suit :

Le protocole dont je demande à bénéficier ayant démontré qu’il pouvait sauver la vie de patients condamnés à succomber en l’absence de leur mise en œuvre, le non-respect de ces directives anticipées pourrait, si je venais à décéder, être considéré comme une indiscutable perte de chances et donner lieu de la part de mes proches à toute action appropriée visant à faire reconnaître ce préjudice.

Le ………………….. A :

Signature :

PJ : Copie de ma pièce d’identité.