

Auteur des Directives anticipées dans l'impossibilité d'écrire et de signer

Le présent document a été rédigé par et en présence des deux témoins suivants :

Premier témoin :

Nom de naissance :

épouse :

Prénom(s) :

désigné(e) par l'auteur des présentes directives anticipées comme étant sa personne de confiance :

oui non

Second témoin :

Nom de naissance :

épouse :

Prénom(s) :

désigné(e) par l'auteur des présentes directives anticipées comme étant sa personne de confiance :

oui non

Les deux témoins attestent que les présentes directives anticipées, qui n'ont pas pu être rédigées et signées par leur auteur, sont l'expression de sa volonté libre et éclairée.

Fait à

, le / / .

Signature du premier témoin :

Signature du second témoin :

Je soussigné(e),

Nom de naissance :

épouse :

Prénom(s) :

Né(e) le : / / **à :**

souhaite par la présente exprimer ma volonté libre, éclairée, et prendre, conformément à l'article L.1111-11 du Code de la Santé Publique, les directives anticipées suivantes, pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

Je suis informé(e) que mes directives anticipées indiquent uniquement mes souhaits relatifs à la limitation ou à l'arrêt de traitement(s) dans le cadre de ma fin de vie.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à , le / / .

Signature : (si l'auteur des directives anticipées est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même ses directives anticipées, merci de compléter également le verso du présent document)

Mes directives anticipées sont valables pour une durée de trois (3) ans à compter de leur date de rédaction ci-dessus mentionnée. J'ai la possibilité, à tout moment et par écrit, de les confirmer, de les modifier partiellement ou totalement, ou bien de les révoquer (article R.1111-18 du Code de la Santé Publique).

Je m'engage à conserver mes directives anticipées dans un lieu aisément accessible par le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement(s) dans le cadre de ma fin de vie. (Par exemple : dans mon dossier médical tenu par mon médecin traitant et/ou auprès de ma personne de confiance, ou bien auprès d'un membre de ma famille ou d'un proche.)

Je m'engage également à transmettre une copie de mes directives anticipées lors de mon admission dans un établissement de santé ou médico-social.