Je soussigné(e),

NOM d’usage : ……………………………… NOM de naissance : ………….…………………….

Prénoms : ……………………………………………………………………………………………….

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Lieu de naissance: …………………………………

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

Si je me trouve hors d’état d’exprimer ma volonté à la suite d’une affection grave et incurable quelle qu’en soit la cause ou d’un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés :

*Préciser de façon manuscrite* ***« je souhaite »*** *ou* ***« je refuse »*** *ou barrer l’item si vous ne souhaitez pas décider.*

* ………………………………….que ma personne de confiance soit consultée sur ma volonté de finir dignement ma vie ;
* …………………………………..qu’on entreprenne, et/ou poursuive des actes d’investigation
* …………………………………..qu’on entreprenne, et/ou poursuive des actes de réanimation,
* …………………………………..qu’on entreprenne, et/ou poursuive les actes d’alimentation artificielle,
* …………………………………..qu’on entreprenne, et/ou poursuive les actes d’hydratation artificielle,
* ………………………………….que l’on soulage efficacement mes souffrances, même si cela pouvait avoir pour effet secondaire d’abréger ma vie ;

Autres précisions personnelles (*exemple : je souhaite être accompagné par un représentant du culte ou par un accompagnateur bénévole, vos choix face à certains traitements…)*

...................................................................................................... ...... ...... ....................................

...................................................................................................... ...... ...... ....................................

...................................................................................................... ...... ...... ....................................

Je signe ces directives anticipées après y avoir longuement réfléchi. Elles sont l’expression de ma libre et dernière volonté. Je veux qu’elles soient respectées, je suis conscient que je peux modifier ou annuler ces directives à tout moment.

A :………………………………………. Le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Signature :

# Directives anticipées : déclaration devant témoins

Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à deux témoins– dont votre personne de confiance, si vous en avez désigné une - qui attestera que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée. Ces témoins doivent indiquer leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives.

**Témoin 1 :** *Je soussigné(e),*

NOM : ……………………………………

Prénom : ………….…………………….…

Lien avec le patient : ………………………

**Témoin 2 :** *Je soussigné(e),*

NOM : ……………………………………..

Prénom : ………….…………………….…

Lien avec le patient : ………………………

Fait le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fait le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature du témoin 1

Signature du témoin 2

# Validités

Les directives anticipées déclarées sur ce document sont valables pour une période **de trois ans**. Si ces déclarations sont toujours valables, vous pouvez prolonger leur validité en apposant une nouvelle date et votre signature.

Ces directives anticipées ont été confirmées par ma nouvelle signature :

Fait le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Signature :

Fait le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Signature :

Fait le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Signature :

# Annulation des directives anticipées

En signant ce paragraphe, vous annulez les déclarations faites auparavant.

Fait le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Signature :