

Document à ramener (facultatif) à la clinique le jour de l'hospitalisation		
	Directives anticipées	FOR-ADM-125 V02 Clinique Herbert 19 chemin de St Pôl 73100 Aix-les-Bains Téléphone : 04 79 88 64 64

Pour toute information, se référer au document d'information "Directives anticipées"

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 pourrait avoir pour effet secondaire d'abrégé 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 :