

## REDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je, soussigné(e) (nom et prénom) : .....

Né(e) le : ..... à .....

énonce mes directives anticipées en matière de limitation ou arrêt de traitement dans le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

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

Je conserve mes directives :

Je confie mes directives à :

- médecin : .....
- personne de confiance : .....
- membre de ma famille : .....
- autre : .....

Fait à ..... le ..... Signature :

-----

Etant moi-même dans l'impossibilité d'écrire mes directives, les deux témoins (dont la personne de confiance si elle existe), que j'ai choisi attestent l'expression de ma volonté libre et éclairée :

1<sup>er</sup> témoin :

2<sup>ème</sup> témoin

Nom, prénom : .....

Nom, prénom : .....

Qualité : .....

Qualité : .....

Date : .....

Date : .....

Signature :

Signature :

Réévaluation à 3 ans :

confirmation : oui  non  - fait le : ..... à ..... Signature :

si non : modification : oui  non  - autres directives à rédiger au verso

si non : révocation : oui  - fait le : ..... à ..... Signature :