

Je soussigné(e) [prénom(s) et nom de naissance + le cas échéant, précisez le nom d'usage] _____

Né(e) le ____/____/____ à _____

☐ Je suis informé que je peux rédiger mes volontés dans le cas où je ne serais plus en état de m'exprimer.

☐ J'ai déjà rédigé mes directives anticipées et dans ce cas, je les transmets à un professionnel du service.

☐ Je souhaite rédiger mes directives anticipées et je peux demander à un professionnel de m'accompagner dans cette démarche ¹

¹ Si je suis sous tutelle : l'accord écrit du juge (ou du conseil de famille) doit être recueilli :

☐ je coche cette case si je souhaite rédiger mes directives anticipées et je joins une copie de l'accord écrit du juge (ou du conseil de famille)

☐ Je ne souhaite pas rédiger mes directives anticipées.

J'énonce ci-dessous mes directives anticipées :

Ces directives sont valables pour une durée illimitée et sont révocables à tout moment.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature :

Lorsque le patient est dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, il peut demander à 2 témoins majeurs d'attester que le document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

1er témoin :

2ème témoin

NOM, Prénom : _____

NOM, Prénom : _____

Qualité : _____

Qualité : _____

Date ____/____/____

Date : ____/____/____

Signature :

Signature :

NB : Il est conseillé d'en conserver un exemplaire et d'en confier un à votre personne de confiance.