



MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e) :

Né(e) le : à :

Domicilié(e) à :

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, **je souhaite** :

- Que ma personne de confiance soit consultée sur ma volonté de finir dignement ma vie ;
- Q'on entreprenne, ni ne poursuive les actes de prévention, investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie (article L1110-5 du Code de la Santé Publique) ;
- Que l'on soulage efficacement mes souffrances, même si cela pourrait avoir pour effet secondaire d'abréger ma vie ;
- Autre précision personnelle (exemple : je souhaite être accompagné par un représentant du culte ou par un accompagnateur bénévole) :

.....

Le présent document a été établi en présence du Docteur en trois exemplaires : un que je conserve, un remis au Docteur, le dernier est remis à désigné comme personne de confiance.

Il est clairement entendu que :

- Ce document n'a pas de valeur juridique contraignante ;
- Je reste libre de le modifier à tout moment ;
- Sa validité est de 3 ans à compter de ce jour. Passé ce délai, un autre devra être établi, sauf si je suis empêché(e) de le signer moi-même. Dans ce cas, le dernier document signé fera foi.

Fait à, le

Signature