

# MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

## concernant les situations de fin de vie

*Je soussigné(e),*

Prénoms, NOM : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification nationale (*facultatif*) : □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Nom de naissance (ou de jeune fille) : \_\_\_\_\_

Date de naissance, né(e) le) : \_\_\_\_\_

Lieu et pays de naissance, né(e) à : \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

Code postal, localité, pays : \_\_\_\_\_

Courriel personnel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Téléphones utiles : • 1. : \_\_\_\_\_ • 2. : \_\_\_\_\_

***Je 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, suite à une maladie grave d'évolution probablement irréversible ou à un accident grave d'origine médicale ou non et entraînant les mêmes conséquences irréversibles, je demande :***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du déclarant \_\_\_\_\_

Établissez plusieurs copies afin d'en remettre à chacun des destinataires suivants : votre médecin habituel, les personnes de confiance de votre choix et, éventuellement, vos autres médecins, de ville ou hospitaliers, anesthésistes, cadres infirmiers... Pensez aussi à en informer vos proches. Vous devez conserver l'original et garder une copie avec vous. Ce document n'est valable que daté et signé.

# DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

*Je désigne comme personne de confiance, conformément à l'article L. 1111-6 du Code de la Santé publique, la personne nommée ci-après. Cette personne ayant accepté sa désignation demandera à avoir accès à mon dossier médical et sera chargée de veiller au respect de mes volontés et de mes droits.*

Prénoms, NOM : \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
[ FACULTATIF ] Lien de parenté : néant / Conjoint / Enfant / Autre, préciser : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal, localité \_\_\_\_\_ Téléphone utile \_\_\_\_\_  
Accord de la personne de confiance : écrire en toutes lettres « *Accepte le mandat qui m'est confié* »  
\_\_\_\_\_  
Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature de la personne \_\_\_\_\_

*Au cas où elle serait indisponible, je désigne deux autres personnes qui agiront successivement, dans l'ordre de désignation, en fonction de leur disponibilité.*

Prénoms, NOM : \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
[ FACULTATIF ] Lien de parenté : néant / Conjoint / Enfant / Autre, préciser : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal, localité \_\_\_\_\_ Téléphone utile \_\_\_\_\_  
Accord de la personne de confiance : écrire en toutes lettres « *Accepte le mandat qui m'est confié* »  
\_\_\_\_\_  
Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature de la personne \_\_\_\_\_

Prénoms, NOM : \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
[ FACULTATIF ] Lien de parenté : néant / Conjoint / Enfant / Autre, préciser : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal, localité \_\_\_\_\_ Téléphone utile \_\_\_\_\_  
Accord de la personne de confiance : écrire en toutes lettres « *Accepte le mandat qui m'est confié* »  
\_\_\_\_\_  
Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature de la personne \_\_\_\_\_

*Je décharge ma personne de confiance, les médecins et soignants me traitant, ainsi que mon entourage, de toute responsabilité, puisqu'ils agissent selon ma volonté, en conformité avec mes directives anticipées, dans le respect de ma liberté et de ma dignité.*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature du déclarant \_\_\_\_\_