



➔ DOCUMENT DE RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Etiquette patient

N° dossier

Je soussigné(e)

NOM _____

NOM de jeune fille _____

Prénom _____

Date et lieu de naissance : / / ...

Adresse _____

Ayant été informé(e) et ayant pris connaissance de la possibilité de rédiger des directives anticipées conformément au décret n° 2006-19 portant application de la loi du 22 avril 2005 dite « Loi Léonetti », exprime par la présente mes volontés libres et éclairées concernant les conditions de la limitation ou de l'arrêt de traitement dans l'hypothèse où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté.

Ce document, vous permet d'exprimer vos souhaits en cochant les items ci-dessous.

- Je ne désire pas qu'on m'administre un traitement susceptible de prolonger ma vie.
- Je souhaite que l'on soulage mes souffrances même si cela risque d'abrégéer ma vie.
- Je ne souhaite pas être réanimé(e)

Vous pouvez apporter les précisions que vous souhaitez :

Il est clairement entendu que :

- Le présent document n'a qu'une valeur juridique consultative
- Je reste libre de les modifier ou de les révoquer à tout moment

Le présent document est établi en 3 exemplaires : un que je conserve, un qui est inclus dans le dossier médical, le dernier qui est remis à _____ , désigné comme personne de confiance.

<p>Patient</p> <p>Date.....</p> <p>Signature</p>

Le cas échéant, nom du professionnel de santé ayant recueilli les informations

Date.....

Signature