

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES



Je soussigné(e),

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

Tél :

Mes souhaits relatifs à ma fin de vie dans l'hypothèse où je suis hors d'état d'exprimer ma volonté :

- Je me sais atteint.e d'une maladie chronique ou grave
- Je veux bénéficier de tous les traitements possibles même si les medecins ne sont pas sûrs que je pourrai un jour vivre sans ou que je risque de lourdes séquelles.
- Je ne veux pas de traitement qui prolongent ma vie si les médecins ne sont pas sûrs que je puisse un jour vivre sans, ou je risque d'être lourdement handicapé.
- Si je bénéficie déjà de traitement qui me maintiennent en vie au moment où mes directives anticipées sont consultées mais que mon état est irréversible ou que je risque de lourdes séquelles, je souhaite :
 - poursuivre ces traitements
 - les limiter
 - les arrêter

Je précise que je redoute plus que tout :

.....

.....

J'indique d'autres informations importantes sur mes convictions personnelles :

.....

.....

.....

.....

Personne de confiance :

.....

Date :

Signature :