

## Directives Anticipées en matière de soins de santé (version courte)

Je soussigné(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... A : .....

Déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés.

- Je suis en pleine santé
- Je suis atteint d'une maladie grave potentiellement incurable

➤ **Dispositions au sujet de ma fin de vie :**

Si mes capacités sont altérées de façon permanente et irréversible, ou si je suis mourant(e) :

- J'accepte/ je refuse tout examen complémentaire à visée diagnostique.
- J'accepte/ je refuse tout traitement visant à préserver ou prolonger ma vie.
- Je désire/ je refuse être réanimé(e) en cas d'arrêt cardio-respiratoire.
- J'accepte/ je refuse d'être alimenté(e) de façon artificielle.
- J'accepte/ je refuse d'être hydratée de façon artificielle.

➤ **Directives relatives à mon corps après mon décès :**

**Le don d'organes :**

- Je consens/ je ne consens pas à donner tous mes organes
- Je consens/ ne consens pas à faire don de mes organes à l'exception des organes suivants :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Directives Anticipées en matière de soins de santé (version courte)

➤ **Expression libre :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Je consens à ce qu'un exemplaire de mes directives anticipées soit conservé au sein de l'établissement :    oui    non

Je consens à ce qu'un exemplaire de mes directives anticipées soit envoyé à mon médecin traitant :  
 oui    non

Fait à ..... le : ..... / ..... / .....

Signature :

Si le patient est dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les deux témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Un des 2 témoins devra être la personne de confiance, si elle a été désignée.

1 <sup>er</sup> témoin	2 <sup>nd</sup> témoin
Nom, prénom : .....	Nom, prénom : .....
En qualité de : .....	En qualité de : .....
Atteste que ce document écrit correspond aux volontés exprimées de .....	Atteste que ce document écrit correspond aux volontés exprimées de .....
Date : ..... / ..... / .....	Date : ..... / ..... / .....
Signature :	Signature :