

Formulaire directives anticipées

Article L1111-11 du Code de Santé Publique et loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Les directives anticipées permettent **de faire connaître au médecin votre volonté et de la faire respecter si vous n'êtes plus en mesure de l'exprimer** (par exemple lors d'un état d'inconscience prolongé et jugé définitif).

Elles expriment **vos volontés concernant la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitement et de gestes médicaux destinés à vous traiter ou à faire un diagnostic avant traitement.**

Elles sont valables **sans limite de temps** mais elles peuvent être **modifiées ou annulées à tout moment**. Elles priment sur les souhaits de la famille, en cas de souhaits contradictoires.

Attention : lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, l'autorisation préalable du juge ou du conseil de famille est nécessaire. Le tuteur ne peut ni l'assister, ni la représenter pour les rédiger.

Nom de naissance.....

Nom d'usage.....

Prénom(s)

Né (e) le..... à

Domicilié (e) à

☐ J'ai rédigé mes directives anticipées concernant les décisions médicales, mes souhaits et convictions personnelles. Je les ai :

Conservées sur moi ou chez moi :

☐ à tel endroit :

Remises :

☐ à ma personne de confiance

☐ Autre(s) personne(s) ; précisez nom, prénom, qualité et téléphone :

.....

☐ Je n'ai pas rédigé mes directives anticipées.

Fait à :

Le :

Signature