

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

- *Je remplis et je signe ce document
- *J'en garde un exemplaire pour moi
- *J'en donne un exemplaire à ma personne de confiance
- *J'en donne un exemplaire à mon médecin traitant



Je soussigné (e)

Mon Nom :

Mon prénom :

Je suis né(e) le :

Dans la ville de :

Mon adresse :

Mon Numéro de téléphone :

Dans le cas où, au moment de ma fin de vie, je ne suis pas capable d'exprimer ce que je veux, je donne maintenant mes Directives anticipées.

Ce qui est dit dans ce document est ce que je pense. Ce sont mes volontés.

Je suis seul(e) à décider ce que je veux pour ma fin de vie.

Oui Non **Est que je veux recevoir des soins adaptés et utiles ?**

Cela veut dire, que si le médecin sait que je ne peux pas guérir, je refuse les traitements inutiles. Cela veut dire que je ne veux pas que l'on me maintienne en vie artificiellement, avec par exemple une machine qui respire à ma place.

Oui Non **Est ce que je veux qu'on me donne des médicaments pour ne pas souffrir ?**

Oui Non **Est ce que je veux recevoir une sédation profonde ?**

Cela veut dire recevoir un traitement qui va m'endormir. Le but est de perdre conscience jusqu'au moment du décès.

Je souhaite préciser les informations suivantes :

Si cela est possible , je préférerais mourir

sur mon lieu de vie à l'hôpital autre :.....

Oui Non **Je souhaite un accompagnement religieux ou spirituel**
si Oui , mes croyances sont :

Oui Non **Après ma mort , est ce que je souhaite faire don de mes organes ?**

Oui Non **Est ce que j'ai des choses importantes à ajouter ?**

DATE :

Je signe :

Si je ne peux pas écrire, mes deux témoins signent aussi et mettent leurs noms-Prénoms