

## DIRECTIVES ANTICIPEES

ENRE.OPC.043- Version n°0 du 01/10/2011

*" Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté"*

Extrait de l'article L. 1111-11 du Code de la Santé Publique

DIRECTIVES REDIGÉES PAR LE PATIENT

DIRECTIVES REDIGÉES PAR UNE TIERCE PERSONNE

Le jour où je ne pourrai plus prendre une décision moi-même, je soussigné(e), Monsieur, Madame, Mademoiselle  
*(rayer les mentions inutiles)* ....., né(e) le ....., à .....,  
 ..... demande, après mûre réflexion et en pleine possession de mes facultés, que soient respectées les dispositions suivantes:

*Mesures thérapeutiques (ex. soins intensifs, soins relationnels soins corporels, médicaments, etc.):*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FAIT LE ..... A .....

*(Ces directives sont modifiables à tout moment. Leurs durée de validité est de 3 ans.)*

**En cas d'incapacité du patient remplir les attestations respectives des deux témoins au verso de cette feuille**

Signature du patient :

Signature du premier témoin :  
Nom :

Signature du second témoin :  
Nom :

**A renseigner par le praticien, la SF ou l'IDE :**

Copie conservée dans le dossier :     oui                       non

Mention renseignée dans les antécédents :     oui                       non

**MODIFICATION DES DIRECTIVES**   

**ANNULATION DES DIRECTIVES, date et signature du patient :.....**

**ATTESTATIONS  
DIRECTIVES ANTICIPEES**

Je soussigné M. / Mme / Mlle..... en qualité de ..... atteste que les directives anticipées rédigées au verso de cette page sont l'expression de la volonté libre et éclairée de M / Mme / Mlle ..... qui est dans l'incapacité de les rédiger par ses propres moyens.

Signature :

Je soussigné M. / Mme / Mlle..... en qualité de ..... atteste que les directives anticipées rédigées au verso de cette page sont l'expression de la volonté libre et éclairée de M / Mme / Mlle ..... qui est dans l'incapacité de les rédiger par ses propres moyens.

Signature :

**MODIFICATION DES DIRECTIVES ANTICIPEES**

**MODIFICATION**.....  
.....  
.....  
.....

FAIT LE ..... A .....

Signature du patient :

Signature du premier témoin :  
Nom :

Signature du second témoin :  
Nom :

**ATTESTATIONS  
DIRECTIVES ANTICIPEES MODIFIEES**

Je soussigné M. / Mme / Mlle..... en qualité de ..... atteste que les directives anticipées rédigées au verso de cette page sont l'expression de la volonté libre et éclairée de M / Mme / Mlle ..... qui est dans l'incapacité de les rédiger par ses propres moyens.

Signature :

Je soussigné M. / Mme / Mlle..... en qualité de ..... atteste que les directives anticipées rédigées au verso de cette page sont l'expression de la volonté libre et éclairée de M / Mme / Mlle ..... qui est dans l'incapacité de les rédiger par ses propres moyens.

Signature :