

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 :