FORMULAIRE DE REDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPEES

Conformément à l'article L 1111-11 du Code de la Santé Publique, vous pouvez rédiger des directives anticipées afin de faire connaître vos désirs quant aux questions relatives à la fin de vie notamment à l'arrêt et la limitation des traitements. Vous pouvez modifiées ses directives à tout moment en suivant le même modèle. Vous pouvez les révoquer à tout moment sans formalités précises.

Je soussigné(e) :

☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur **NOM de jeune fille : .....**
NOM: ..... Prénom : .....
Date de naissance : ..... Lieu de naissance :.....
Adresse : .....
Code postal :..... Ville :.....
☏ fixe : ___.___.___.___.___. ☏ portable : ___.___.___.___.___.

Après avoir été informé(e) de la possibilité et de l'intérêt de rédiger des directives anticipées, je désire faire part des éléments suivants: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

Fait à _____, le_____. Signature :

Fait en deux exemplaires dont un conservé par le médecin traitant après copie pour le réseau.