		<b>ENREGISTREMENT QUALITE</b> <b>FORMULAIRE DES DIRECTIVES ANTICIPEES</b>		EQ 1102 / 01 02/10/2015 PAGE 1 / 2
REDIGE PAR	VERIFIE PAR	APPROBATEUR	EDITE LE	MIS A JOUR
G. Lambolez	M. Lemoine, A. Petit & Dr. Tribout	E. Dietsch	08/06/16	

# MES DIRECTIVES ANTICIPEES

**Je soussigné(e),** (*Nom de naissance ou d'épouse, prénom*) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Née** (*nom de jeune fille*) : \_\_\_\_\_

**Le** (*date de naissance*) : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**D**éclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés.

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection incurable quelle qu'en soit la cause ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés, je demande :

**1- Qu'on n'entreprenne ni ne poursuive les actes de prévention, d'investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie** (*art. L 1110-5 du code de la santé publique*)

Oui                       Non                       Je ne sais pas

**2- Que l'on soulage efficacement mes souffrances même si cela a pour effet secondaire d'abrèger ma vie** (*art L. 1110-5 du code de la santé publique*)

Oui                       Non                       Je ne sais pas

**3- Que, si je suis dans un état pathologique incurable et dans des souffrances intolérables, je puisse bénéficier d'une sédation terminale, comme l'autorise l'article L. 1110-5 du code de la santé publique.**

Oui                       Non                       Je ne sais pas

**4- Autres précisions personnelles :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

		<b>ENREGISTREMENT QUALITE</b>			EQ 1102 / 01 02/10/2015 PAGE 2 / 2
<b>FORMULAIRE DES DIRECTIVES ANTICIPEES</b>					
REDIGE PAR	VERIFIE PAR	APPROBATEUR	EDITE LE	MIS A JOUR	
G. Lambolez	M. Lemoine, A. Petit & Dr. Tribout	E. Dietsch	08/06/16		

Mes volontés pour mes obsèques :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**S**i le patient est dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les 2 témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

<i>1<sup>er</sup> témoin :</i>	<i>2<sup>e</sup> témoin :</i>
Nom, prénom : _____	Nom, prénom : _____
Qualité : _____	Qualité : _____
Date :     /     /	Date :     /     /
Signature :	Signature :

<b>Date de rédaction initiale du présent document :</b>	<b><u>Renouvellement :</u></b>		
	nouvelle date et nouvelle signature 3 ans après la date de la précédente signature		
Rédaction le :	<i>Rédaction le :</i>	<i>Rédaction le :</i>	<i>Rédaction le :</i>
Signature :	<i>Signature :</i>	<i>Signature :</i>	<i>Signature :</i>
	<i>Rédaction le :</i>	<i>Rédaction le :</i>	<i>Rédaction le :</i>
	<i>Signature :</i>	<i>Signature :</i>	<i>Signature :</i>