 Maison Simon Bénichou 1857	FORMULAIRE DES DIRECTIVES ANTICIPEES				EQ 03 02 10
	Rédigé par G. LAMBOLEZ	Vérifié par P. BERLINGUE	Approbateur S. GALMICHE	Edité le 31/05/2022	Mis à jour 26/02/2024

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné (e), (NOM Prénom) :

Née (Nom de jeune fille) :

Le (Date de naissance) : à

Déclare 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 refuse 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

Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances même si cela a pour effet secondaire d'abrégé ma vie (art L. 1110-5 du code de la santé publique)

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Je demande que, si je suis dans un état pathologique incurable et dans des souffrances intolérables, je puisse bénéficier d'une sédation terminale (l'article L. 1110-5 du code de la santé publique).


☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Avez-vous des souhaits particuliers concernant la fin de vie ou en cas de décès ?

Avez-vous des informations à nous donner pour vous accompagner au mieux ?

	FORMULAIRE DES DIRECTIVES ANTICIPEES				EQ 03 02 10
	Rédigé par	Vérifié par	Approbateur	Edité le	Mis à jour
	G. LAMBOLEZ	P. BERLINGUE	S. GALMICHE	31/05/2022	26/02/2024

Contrats d'obsèques :

Vêtements choisis et lieu de rangement :

Aumônier ou autre :

Funérarium :

Crématorium :

Don d'organes :

Don du corps à la science :

Si le résident 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

1 ^{er} témoin	2 ^{ème} témoin
NOM, Prénom :	NOM, Prénom :
Qualité :	Qualité :
Date :/...../.....	Date :/...../.....
Signature :	Signature :
Date de rédaction :	
Signature du résident :	