



Cas particulier :

Si la personne n'a pas la capacité physique d'écrire seule ses Directives Anticipées, quelqu'un peut le faire pour elle devant 2 témoins :

Témoïn 1 :

Je soussigné (Nom et prénoms) :

.....

En qualité de :

Atteste que les Directives Anticipées décrites ci-dessus sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

M. ou Mme

Fait le ... / ... /

Signature

Témoïn 2 :

Je soussigné (Nom et prénoms) :

.....

En qualité de :

Atteste que les Directives Anticipées décrites ci-dessus sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

M. ou Mme

Fait le ... / ... /

Signature

Révocation :

Je souhaite annuler l'ensemble des directives anticipées déclarées ci-avant.

Je souhaite modifier une partie des directives anticipées déclarées ci-avant ; auquel cas, je rédige un nouveau document « directives anticipées ».

Fait le à :

Signature :



CLINIQUE DU CEDRE

Les Directives Anticipées



Toute personne majeure peut rédiger ses « **Directives Anticipées** » : ce sont **vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements ou les actes médicaux que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus communiquer** après un accident grave ou à l'occasion d'une maladie grave.

Elles concernent les conditions de votre fin de vie, c'est à dire poursuite, limitation, arrêt ou refus des traitements ou actes médicaux.

La Clinique du Cèdre met à votre disposition ce formulaire si vous souhaitez rédiger vos **Directives Anticipées**.



Elles sont valables sans limite de temps mais vous pouvez les modifier ou les annuler à tout moment.

Le personnel soignant du service est à votre disposition pour vous aider dans la rédaction de vos Directives Anticipées.

N'hésitez pas à leur en parler.

Identité du patient souhaitant déclarer ses « Directives Anticipées » :

Nom de naissance : Prénom :

Nome usuel (marital) : Date de Naissance ... / ... /

Adresse :

