

		ENREGISTREMENT QUALITE FORMULAIRE DES DIRECTIVES ANTICIPEES		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 _____

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 demande :

1- Qu'on n'entreprene 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 : _____
