

Je soussigné(e) (nom de naissance, prénom) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Enonce ci-dessous mes directives anticipées dans le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté :**

---

---

---

---

Cette directive est valable pour la durée de mon hospitalisation et est révoicable à tout moment.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature :**

Lorsque le patient est dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, il peut demander à 2 témoins majeurs d'attester que le document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

**1<sup>er</sup> témoin :**

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature :**

**2<sup>ème</sup> témoin**

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature :**

NB : Il vous est conseillé d'en conserver un exemplaire et d'en confier un à votre personne de confiance.