

DIRECTIVES ANTICIPEES ET DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 4 mars 2002, Loi du 22 avril 2005, Loi du 21 février 2016, Décrets 2016-1066 et 1067 du 3 août 2016 articles L. 1110 -5, L. 1111-4, 6 et 11, R. 1111-17 à 20, R. 1111-30, R. 1112-2, R. 4127-36 et 37 du CDSP, articles 36 et 37 du CDM

Je soussigné(e) :

déclare rédiger ce document en toute liberté, sans contrainte, en pleine possession de mes facultés intellectuelles et de ma capacité juridique.

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté, a la suite d'une maladie incurable qu'elle

qu'en soit la cause ou d'un accident grave entrainant une dégradation irréversible de mes facultés, je refuse l'obstination déraisonnable et demande à bénéficier rapidement des soins palliatifs .

Je refuse les traitements suivants , cochés par mes soins (X) sur lesquels je reconnais avoir reçu toutes les informations :

RESPIRATION ARTIFICIELLE PAR TRACHEOTOMIE	
RESPIRATION ARTIFICIELLE PAR INTUBATION	
RESPIRATION NON INVASIVE PAR MASQUE	
REANIMATION CARDIAQUE	
ALIMENTATION PAR GASTROSTOMIE	
ALIMENTATION PAR PERFUSION INTRAVEINEUSE	
ALIMENTATION PAR SONDE OESO GASTRIQUE	
REHYDRATATION PAR SONDE OESO GASTRIQUE	
REHYDRATATION PAR PERFUSION INTRAVEINEUSE	
REHYDRATATION PAR PERFUSION SOUS CUTANEE	
DIALYSE RENALE	
TRANSFUSION SANGUINE	
INTERVENTION CHIRURGICALE	
RADIOTHERAPIE ANTICANCEREUSE	
CHIMIOOTHERAPIE ANTICANCEREUSE	
POSE D'UN PACE MAKER	
TRAITEMENT PAR ANTI-ARYTHMIQUE	
TRAITEMENT PAR ANTIBIOTIQUE	
SEDATION PROFONDE ET CONTINUE	

Je refuse tout acte de prévention , d'investigation ou de soins ayant pour seul effet la prolongation artificielle de ma vie .

Je demande à bénéficier d'une assistance religieuse selon le rite:			
Je refuse le prélèvement d'organes (article R1232-4-3 du CSP)	OUI	NON	NE SAIS PAS

DIRECTIVES ANTICIPEES ET DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

www.ar2s.org

Loi du 4 mars 2002, Loi du 22 avril 2005, Loi du 2 février 2016, Décrets 2016-1066 et 1067 du 3 août 2016
articles L. 1110 -5, L. 1111-4, 6 et 11, R. 1111-17 à 20, R. 1111-30, R. 1112-2, R. 4127-36 et 37 du CDSP,
articles 36 et 37 du CDM

Je soussigné

désigne comme personne(s) de confiance :

Nom, prénom:

Date et lieu de naissance:

Adresse :
:

Téléphone

Accepte le mandat qui m'est confié (à écrire en toute lettre, avec la date et la signature)

Nom, prénom:

Date et lieu de naissance:

Adresse :
:

Téléphone

Accepte le mandat qui m'est confié (à écrire en toute lettre, avec la date et la signature)

Ces personnes de confiance agiront séparément, dans l'ordre de désignation, en fonction de leur disponibilité. Elles auront accès à mon dossier médical et veilleront au respect de mes droits et

Nom et prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Date et signature :

Le :

Signature :

Le :

Signature :

Lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même ce document:

Témoin 1 (personne de confiance) : je sou

atteste que

ce document que

n'a pas pu rédiger et signer lui-même est l'expression de sa

volonté libre et éclairée.

atteste que ce document que

n'a pas pu rédiger et signer lui-même est l'expression de sa

volonté libre et éclairée.

SIGNATURE TEMOIN 1

SIGNATURE TEMOIN 2