



CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO

DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné (e),

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

Mes souhaits relatifs à ma fin de vie concernant les conditions de la limitation ou de l'arrêt de mes traitements dans l'hypothèse où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté sont :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date :

Signature :

Si vous êtes dans l'impossibilité de rédiger ce document et de le signer, vous pouvez faire attester par deux témoins, que ce document relate bien l'expression de votre volonté libre et éclairée.

Attestation en cas de recours à deux témoins

Témoin 1 : Je soussigné (e),

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Qualité :

Atteste que les directives anticipées en date du :,
relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M / Mme :

.....

Date :

Signature :

Témoin 2 : Je soussigné (e),

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Qualité :

Atteste que les directives anticipées en date du :,
relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M / Mme :

.....

Date :

Signature :

Modifications de mes directives anticipées :

- ❖ Demande de modification : dater, signer et remplir une nouvelle fiche.

Date :

Signature :

Révocation de mes directives anticipées :

- ❖ Je révoque mes directives anticipées

Date :

Signature :