

Déclaration de directives personnelles anticipées relatives au traitement médical

Je, soussigné(e)

né(e) le

Lieu de naissance

Déclare rédiger ce document en toute liberté, sans aucune pression extérieure et en pleine possession de mes facultés.

Je peux l'annuler ou le modifier à tout moment. Je suis reconnaissant(e) envers ma famille, mes proches, et les médecins qui veilleront à le respecter, et je déclare les dégager de toute responsabilité liée au respect de mes directives ici exprimées, même si cela doit entraîner ma mort.

Si, suite à un accident, une maladie, ou toute autre affection, je suis dans un état de déchéance physique ou intellectuelle extrême, sans espoir d'amélioration, et incapable d'exprimer ma volonté :

-
-
-
-
-
-
-

Je demande qu'on veille à mon confort et que l'on me soulage de la douleur en administrant des médicaments en doses utiles, même si cela peut hâter ma mort.

Je donne mandat à

« ma personne de confiance » de veiller à l'exécution de mes directives anticipées exprimées ci-dessus.

Je ne m'oppose pas à une autopsie si mes docteurs ou ma famille le demandent.

(Pour vos volontés concernant l'enterrement, l'incinération, des services religieux et autres considérations, vous pouvez les ajouter ici, ou rédiger un autre document en annexe).

Adresse :

Tél. :

Fait à Signature :

Renouvelé le Renouvelé le

Signature : Signature :

Médecin traitant : Tél :