Formulaire de ***REDACTION*** de mes Directives Anticipées

Service de santé des armées

(Au sens de l'article L1111-11 du Code de Santé Publique/ Loi n° 2016-87 du 02.02.2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie)

Document valable 3 ans, renouvelable, modifiable et révocable à tout moment.

Je soussigné(e), NOM _____

Née _____ **Prénom** _____

Date _____ /_____/_____ **et Lieu de naissance** _____

☐ ***Énonce ci-dessous mes Directives Anticipées, à utiliser dans le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté :***

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ ***Ne souhaite pas rédiger de Directives Anticipées.***

Signature du patient

Fait à _____,

Le _____ /_____ /_____

Code: LEG-QUA-FT-0380-02 (ancienne réf R3-F-T-0034-V2) du 20/08/2018

Vos Directives Anticipées

Service de santé des armées

(Au sens de l'article L1111-11 du Code de Santé Publique/ Loi n° 2016-87 du 02.02.2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie)

SI VOUS ETES DANS L'IMPOSSIBILITE PHYSIQUE D'ECRIRE SEUL(E),

Une personne peut le faire pour vous devant DEUX témoins majeurs responsables, DONT votre personne de confiance, désignés ci-dessous.

Témoin 1 (Personne de confiance) : Je soussigné(e)

NOM, Prénom _____

Date ____/_____/_____ **et Lieu de naissance** _____

Domicilié(e) _____

_____

Qualité (lien avec la personne) : _____

*Atteste que les Directives Anticipées rédigées au verso sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M*_____

Fait à _____ *Signature*

Le _____/_____/_____

Témoin 2 : Je soussigné(e)

NOM, Prénom _____

Date ____/_____/_____ **et Lieu de naissance** _____

Domicilié(e) _____

_____

Qualité (lien avec la personne) : _____

*Atteste que les Directives Anticipées rédigées au verso sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M*_____

Fait à _____ *Signature*

Le _____/_____/_____

Formulaire de ***MODIFICATION*** ou ***ANNULATION*** de mes Directives Anticipées

(Au sens de l'article L1111-11 du Code de Santé Publique/ Loi n° 2016-87 du 02.02.2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie)

Je soussigné(e)

NOM _____

Prénom _____

Date _____ /_____/_____ **et Lieu de naissance** _____

☐ ***Déclare modifier mes Directives Anticipées comme suit :***

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ ***Annule mes Directives Anticipées et ne souhaite pas en rédiger de nouvelles.***

Signature du patient

Fait à _____

Le _____ /_____ /_____

Code: LEG-QUA-FT-0380-02 (ancienne réf R3-F-T-0034-V2) du 20/08/2018