



# DOCUMENT DE RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e)

NOM ..... NOM de jeune fille ..... Prénom.....

Né(e) le ..... / ..... / ..... à .....

Domicilié(e) à .....

J'ai été informé(e) et ai pris connaissance de la possibilité de rédiger des directives anticipées conformément au décret n° 2006-19 portant application de la loi du 22 avril 2005 dite « Loi Léonetti ».

J'exprime par la présente mes volontés libres et éclairées concernant les conditions de la limitation ou de l'arrêt de traitement dans l'hypothèse où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté.

Ce document me permet d'exprimer mes souhaits en cochant les items ci-dessous.

- Je ne désire pas qu'on m'administre un traitement susceptible de prolonger ma vie.
- Je souhaite que l'on soulage mes souffrances même si cela risque d'abrèger ma vie.
- Je ne souhaite pas être réanimé(e).

Vous pouvez apporter d'autres précisions si vous le souhaitez :

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

- Je comprends que le présent document n'a qu'une valeur juridique consultative.
- Je reste libre de modifier ou de révoquer à tout moment ces directives anticipées.
- La durée de validité du présent document est de 3 ans à compter de la date de sa rédaction.
  
- J'accepte que mes directives anticipées soient confiées, si besoin, à des professionnels de santé extérieurs au Centre Paul Strauss mais participant à ma prise en charge thérapeutique (par exemple, mon médecin traitant).
- Je refuse que mes directives anticipées soient confiées à des professionnels de santé extérieurs au Centre Paul Strauss mais participant à ma prise en charge thérapeutique.

Fait le ....., à .....  
Signature du patient :



Le présent document est établi en 1 exemplaire. Cet exemplaire est conservé dans votre dossier médical au Centre Paul Strauss. Deux copies vous sont adressées dont l'une que vous pouvez confier, si vous le souhaitez, à votre personne de confiance ou à l'un de vos proches.