



# DIRECTIVES ANTICIPÉES & DÉSIGNATION DES PERSONNES DE CONFIANCE

Établissez plusieurs copies de vos directives anticipées afin d'en remettre à chacun des destinataires suivants : • Votre médecin habituel • Les personnes de confiance de votre choix • Le siège de l'Association où il sera conservé pour permettre à l'ADMD d'attester vos volontés (merci de retourner ce document sans agrafe ni trombone, sans lettre jointe, à l'adresse suivante : Fichier national des directives anticipées – 50, rue de Chabrol – 75010 Paris ou da@admd.net) • Votre délégué.

N'omettez pas de prévoir quelques copies à l'usage de vos autres médecins, de ville ou hospitaliers, anesthésistes, cadres infirmiers... **VOUS DEVEZ CONSERVER L'ORIGINAL; GARDEZ UNE COPIE SUR VOUS.**



**CE DOCUMENT N'EST VALABLE QUE  
SIGNÉ PAR L'ADHÉRENT (voir au verso)**

Adhérent n°

Je soussigné(e), (Nom de naissance ou d'épouse, prénom) : .....

.....

née (Nom de jeune fille) : .....

le (date de naissance) : ..... à (lieu et pays de naissance) : .....

Adresse : .....

.....

Courriel : ..... @ .....

Téléphones : .....

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

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection incurable quelle qu'en soit la cause, ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés,

## **JE DEMANDE :**

- ❶ qu'on n'entreprenne ni ne poursuive les actes de prévention, d'investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie (art L. 1110-5 du code de la santé publique), y compris pour les affections intercurrentes.
- ❷ que l'on soulage efficacement mes souffrances même si cela a pour effet secondaire d'abrèger ma vie (art L. 1110-5 du code de la santé publique).
- ❸ que si je suis dans un état pathologique incurable et que je suis dans des souffrances intolérables, je puisse bénéficier d'une sédation terminale, comme l'autorise l'article L. 1110-5 du code de la santé publique.
- ❹ que s'il n'existe aucun espoir de retour à une vie consciente et autonome, l'on me procure une mort rapide et douce.
- ❺ autres précisions personnelles .....

.....

.....

Parapher :

## **Désignation des personnes de confiance au dos**

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Le médecin doit en tenir compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant (article L.1111-11 du code de la santé publique). **Le médecin est donc obligé d'accepter les directives anticipées que vous lui remettrez.**

Au terme de l'article R.1111-18 du code de la santé publique, ce document est valable 3 ans à compter de la date de signature.

Néanmoins, « dès lors qu'elles ont été établies dans le délai de 3 ans, précédant soit l'état d'inconscience de la personne, soit le jour où elle s'est avérée hors d'état d'en effectuer le renouvellement, ces directives demeurent valides quel que soit le moment où elles sont ultérieurement prises en compte ».

Adhérent n°

Nom adhérent

**JE DÉSIGNE COMME PERSONNES DE CONFIANCE**, conformément à l'article L.1111-6 du code de la santé publique, les personnes nommées ci-après ; elles agiront séparément, dans l'ordre de désignation, en fonction de leur disponibilité. Ces personnes ayant accepté leur désignation demanderont à avoir accès à mon dossier médical et seront chargées de veiller au respect de mes volontés et de mes droits.

◆ Nom, prénom : .....

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser : .....

Adresse : .....

..... Téléphone(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

**ACCORD DE LA PERSONNE DE CONFIANCE** : (écrire en toutes lettres «*Accepte le mandat qui m'est confié*»)

Date : ..... Signature : .....

◆ Nom, prénom : .....

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser : .....

Adresse : .....

..... Téléphone(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

**ACCORD DE LA PERSONNE DE CONFIANCE** : (écrire en toutes lettres «*Accepte le mandat qui m'est confié*»)

Date : ..... Signature : .....

◆ Nom, prénom : .....

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser : .....

Adresse : .....

..... Téléphone(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

**ACCORD DE LA PERSONNE DE CONFIANCE** : (écrire en toutes lettres «*Accepte le mandat qui m'est confié*»)

Date : ..... Signature : .....

**CADRE RÉSERVÉ À L'ADHÉRENT** : Je décharge mes personnes de confiance, les médecins et soignants me traitant et mon entourage de toute responsabilité, puisqu'ils agissent selon ma volonté, en conformité avec mes directives anticipées, dans le respect de ma liberté et de ma dignité.

Date de rédaction initiale du présent document	Renouvellement : nouvelle date et nouvelle signature 3 ans après la date de la précédente signature		
Rédaction le : ..... Signature :	Renouvelé le : ..... Signature :	Renouvelé le : ..... Signature :	Renouvelé le : ..... Signature :
CACES RÉSERVÉES À LA LÉGALISATION DE VOTRE SIGNATURE			

Possibilité de légalisation de signature par la mairie de votre domicile dans la case ci-dessus (non obligatoire) Art L.2122-30 du code des collectivités territoriales. Dans ce cas, le document est à dater et à signer devant l'Officier d'État Civil, la présence de deux témoins pouvant être demandée.

Fichier national des directives anticipées : **01 48 00 09 89**

Services administratifs (du lundi au vendredi de 9h à 19h et le samedi de 9h à 12h) : **01 48 00 04 16**

ADMD-Écoute (du lundi au vendredi de 10h à 19h) : **01 48 00 04 92**

