

# Mes directives anticipées

Je soussigné(e) (*nom-prénom*) :

né(e) le :

**énonce ci-dessous mes directives anticipées** pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

- je confie mes directives à
- je conserve mes directives.

**Ma personne de confiance est :**

Nom et prénom

Qualité

fait à

le

(*validité : 3 ans*)

**Signature**

---

**Réactualisé pour 3 ans le :**

**Signature :**

---

**Annulé le**

**Signature :**

---

*le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les deux témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.*

**1<sup>er</sup> témoin**

nom et prénom

qualité

date

signature

**2<sup>e</sup> témoin**

nom et prénom

qualité

date

signature