

# Mes Directives Anticipées

Pour le patient en mesure d'écrire

Je soussigné(e)<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Coordonnées de la personne de confiance si désignée : \_\_\_\_\_

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

---

<sup>1</sup> indiquez votre nom et prénom usuels