

Directives anticipées

Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Voici mes directives dans le cas où un jour je ne serais pas capable d'exprimer ma volonté :

- Je ne veux pas d'acharnement thérapeutique ou d'obstination déraisonnable.
- Je ne veux pas d'euthanasie.
- Je souhaite avoir des traitements contre la douleur, y compris jusqu'à la sédation si c'est vraiment nécessaire.
- Je souhaite bénéficier de soins palliatifs si cela correspond à mon état.
- Je suis catholique, je veux être assisté par une aumônerie catholique et recevoir les sacrements pour les personnes en fin de vie (confession, viatique, sacrement des malades).
- Je suis d'accord pour donner des organes si je décède.

Ma personne de confiance, qui en est d'accord, est

Ses coordonnées sont :

.....

A défaut, je choisis comme personne de confiance :

Autres indications :

Fait à le

Signature :