

Je souhaiterais, dans la mesure du possible que ma fin de vie se déroule :

À mon domicile

À l'hôpital

Je souhaiterais être accompagné(e) par un représentant du culte de ma religion :

Oui

Non

Si oui, ma religion est :

Avez-vous besoin d'informations sur le don d'organes ? Oui Non

J'ai transmis mes directives anticipées à :

Mon médecin traitant

Ma personne de confiance

Autre :

Fait à : Le :

Signature :

La partie ci-dessous est à remplir uniquement si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) vos directives anticipées :

Si vous ne pouvez pas écrire, demandez à quelqu'un de le faire devant vous et en présence de deux témoins. L'un des témoins doit être votre personne de confiance si vous l'avez désignée.

Témoin 1 : Je soussigné(e) :

NOM -Prénom :

Né(e) le: à

Nature du lien :

Téléphone :

Fait à : Le :

Signature :

Témoin 2 : Je soussigné(e) :

NOM -Prénom :

Né(e) le: à

Nature du lien :

Téléphone :

Fait à : Le :

Signature :

