



# Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e) Monsieur, Madame (Nom, Prénom) : .....

Date de naissance :

- Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.
- **Ou** : Déclare annuler mes directives anticipées datées du .....

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

**Si vous êtes dans l'impossibilité de compléter seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier décrit dans la partie « CAS PARTICULIER », à la dernière page de ce formulaire.**



# Annexe

Information ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-avant, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches),
- certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours).

Je les écris ici :

Fait à : .....

Le : .....

**Signature :**



# Mon identité

Nom (de naissance) : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse postale : .....

CP : ..... Ville : .....

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre 1<sup>er</sup> du Code Civil :

J'ai l'autorisation du juge :  Oui  Non

J'ai l'autorisation du Conseil de famille :  Oui  Non

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

**À FOURNIR :**  
**COPIE DE L'AUTORISATION**



# Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

## Témoin 1

Nom de naissance : ..... Nom d'usage .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse postale : .....

CP : ..... Ville : .....

Tel/Mobile : ..... E-Mail : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

**Atteste que** les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Monsieur, Madame (Nom, Prénom) : .....

Né(e) le : .....

Fait à : .....

Le : .....

Signature : 

## Témoin 2

Nom de naissance : ..... Nom d'usage .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse postale : .....

CP : ..... Ville : .....

Tel/Mobile : ..... E-Mail : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

**Atteste que** les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Monsieur, Madame (Nom, Prénom) : .....

Né(e) le : .....

Fait à : .....

Le : .....

Signature : 