

## *Mes directives anticipées*

*Je soussigné (e) :.....*

*Né (e) le :.....à :.....*

*Adresse :.....  
.....*

*Déclare rédiger ce document en pleine possession de mes facultés.*

*Si je devais me trouver dans un état de santé tel qu'il me prive irrémédiablement de mes facultés de jugement et de décision, je veux qu'on s'abstienne de toutes mesures qui ne feraient que prolonger mes souffrances et ma vie.*

*Je refuse tout acte de prévention, investigation ou de soins ayant pour effet la prolongation artificielle de ma vie (art. L 1110-5 du code de la santé publique)*

*J'exige qu'on soulage mes souffrances, même si cela a pour effet secondaire d'abrégéer ma vie.*

*Je désire finir mes jours dans la paix et la dignité, entouré de mes proches s'ils le souhaitent.*

*Autres précisions personnelles :.....*

*Fait à :.....Le :.....*

*Signature :*