
	<h2>MES DIRECTIVES ANTICIPEES</h2>	
<p>Clinique de la Miotte</p>		<p><b>DOC ADM 33 1</b></p>
<p>VERSION 1</p>	<p>Création</p>	<p>17/10/2014</p>
<p>Validation : 20/10/2014</p>	<p>Application : 20/10/2014</p>	<p>Diffusion : 20/10/2014</p>

Je soussigné(e) :

NOM : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom (s) : .....

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Domicilié (e) : .....

Code Postal |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Personne de confiance : .....

Déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés.

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection grave et incurable quelle qu'en soit la cause ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés, je souhaite :

- Que ma personne de confiance soit consultée sur mes volontés ;
- Qu'on entreprenne, ni ne poursuive les actes d'investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie (art. L.1110-5 du Code de la Santé Publique).

Souhait en texte libre :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

*Ce document est révoquant ou modifiable à tout moment.  
Il a une validité de trois ans.*