

## DIRECTIVES ANTICIPÉES

### Patient majeur

Étiquette

#### INFORMATIONS PATIENT

Féminin     Masculin

NOM de naissance : \_\_\_\_\_ NOM utilisé : \_\_\_\_\_

PRÉNOMS : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entrée prévue le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_      Service : \_\_\_\_\_

#### DIRECTIVES ANTICIPÉES :

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables.

Des directives anticipées ont été rédigées préalablement au séjour :  Oui       Non

Si oui, souhaitez-vous nous les transmettre afin que celles-ci soient  
intégrées à votre dossier médical ?  Oui       Non

Si celles-ci sont conservées à l'extérieur, veuillez préciser :

- Le lieu : \_\_\_\_\_

- Par qui : \_\_\_\_\_

- Ses coordonnées : \_\_\_\_\_

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si, patient non apte, renseigné par :

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_