

**À COMPLÉTER**

Hôpital privé  
 Armand Brillard  
 3/5 avenue Watteau  
 94130 NOGENT-sur-MARNE  
 Tél. : 01 43 94 80 21  
 Fax : 01 43 94 80 71

# Hôpital privé Armand Brillard

## Formulaire de recueil des directives anticipées

### Mes directives anticipées

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite appelée « directives anticipées » pour le cas où, en fin de vie, elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent ses souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt du traitement. Elles seront consultées préalablement à la décision médicale. Leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical. Renouvelable tous les 3 ans, elles peuvent être, dans l'intervalle, annulées ou modifiées, à tout moment. Dans tous les cas, elles doivent de nouveau être datées et signées. Dans le cadre d'une mise sous tutelle, l'autorisation du Juge est requise.

Je soussigné(e) :

Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....  
 Prénoms : .....  
 Né(e) le : ..... À : .....  
 Adresse : .....

Téléphone : .....

Libellé des Directives Anticipées (texte libre) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

À transmettre à :

Personne de confiance : .....


Médecin traitant

Information transmise au service accueillant le patient (en cas de transfert) :  OUI  NON

Fait à : .....

Date : .....

NB : Valable 3 ans

 **Signature du patient :**

*Le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les deux témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.*

**1<sup>er</sup> Témoin**

Nom et prénom .....

Qualité .....

Date : .....

Signature

**2<sup>e</sup> Témoin**

Nom et prénom .....

Qualité .....

Date : .....

Signature