



DIRECTIVES ANTICIPÉES & DÉSIGNATION DE PERSONNE(S) DE CONFIANCE

Etablissez plusieurs exemplaires de vos directives anticipées (original ou photocopie) afin d'en remettre à chacun des destinataires suivants : • Votre médecin habituel • La personne ou les personnes de confiance de votre choix • Le siège de l'ADMD où il sera conservé pour permettre à l'Association d'attester vos volontés (merci de retourner ce document sans agrafe ni trombone, sans lettre jointe, à l'adresse suivante : **ADMD - Service des directives anticipées – 50, rue de Chabrol - 75010 Paris**) • Votre délégué départemental.

N'omettez pas de prévoir quelques photocopies à l'usage de vos autres médecins, de ville ou hospitalier, anesthésistes, cadres infirmiers, etc ... **CONSERVEZ L'ORIGINAL, AYEZ-LE (OU UNE PHOTOCOPIE) SUR VOUS.**



**CE DOCUMENT N'EST VALABLE QUE
SIGNÉ PAR L'ADHÉRENT (voir au verso)**

Adhérent ADMD (*) n°

Je soussigné(e), (Nom de naissance ou d'épouse, prénom) :

née (Nom de jeune fille) :

le (date de naissance) : à (lieu et pays de naissance) :

Adresse :

Courriel :

Téléphones :

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 incurable quelle qu'en soit la cause, ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés,

JE DEMANDE:

- ❶ qu'on n'entreprene ni ne poursuive les actes de prévention, 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)
- ❷ que l'on soulage efficacement mes souffrances même si cela a pour effet secondaire d'abrégé ma vie (art L 1110-5 du code de la santé publique)
- ❸ que, s'il n'existe aucun espoir de retour à une vie consciente et autonome, l'on me procure une mort rapide et douce.
- ❹ Autres précisions personnelles

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

Désignation de personne(s) de confiance au dos

(*) Association pour le droit de mourir dans la dignité - 50, rue de Chabrol - 75010 Paris - Fax : 01 48 00 05 72
Services administratifs (du lundi au vendredi de 9h à 19h et le samedi de 9h à 12h) : 01 48 00 04 16
ADMD-Écoute (du lundi au vendredi de 10h à 19h) : 01 48 00 04 92
Courriel : infos@admd.net - Site : www.admd.net – Blog : www.admdblog.fr

N° adhérent

Nom adhérent

JE DÉSIGNE COMME PERSONNE(S) DE CONFIANCE, conformément à l'article L.1111-6 du code de la santé publique, la ou les personne(s) nommées ci-après ; elles agiront séparément, dans l'ordre de désignation, en fonction de leur disponibilité. Ces personnes ayant accepté la désignation, elles auront accès à mon dossier médical et seront chargées de veiller au respect de mes volontés et de mes droits.

◆ Nom, prénom :

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser :

Adresse :

..... Téléphone(s) :

Date et lieu de naissance :

Accord de la personne de confiance : (écrire en toutes lettres « Accepte le mandat qui m'est confié »)

.....

Date : **Signature** :

◆ Nom, prénom :

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser :

Adresse :

..... Téléphone(s) :

Date et lieu de naissance :

Accord de la personne de confiance : (écrire en toutes lettres « Accepte le mandat qui m'est confié »)

.....

Date : **Signature** :

◆ Nom, prénom :

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser :

Adresse :

..... Téléphone(s) :

Date et lieu de naissance :

Accord de la personne de confiance : (écrire en toutes lettres « Accepte le mandat qui m'est confié »)

.....

Date : **Signature** :

Je décharge mes personnes de confiance, les médecins et soignants me traitant et mon entourage de toute responsabilité, puisqu'ils auraient agi selon ma volonté, en conformité avec mes directives anticipées, dans le respect de ma liberté et de ma dignité.

<i>Date de rédaction du présent document</i>	<i>Renouvellement : nouvelle date et nouvelle signature 3 ans après la date de la précédente signature</i>		
Rédaction le : Signature :	Rédaction le : Signature :	Rédaction le : Signature :	Rédaction le : Signature :

Possibilité de légalisation de signature par la mairie de votre domicile dans la case ci-dessus (non obligatoire) Art L.2122-30 du code des collectivités territoriales. Dans ce cas, le document est à dater et à signer devant l'Officier d'État Civil, la présence de deux témoins pouvant être demandée.

Au terme de l'article R.1111-18 du code de la santé publique, ce document est valable 3 ans à compter de la date de signature. Néanmoins, « dès lors qu'elles ont été établies dans le délai de 3 ans, précédant soit l'état d'inconscience de la personne, soit le jour où elle s'est avérée hors d'état d'en effectuer le renouvellement, ces directives demeurent valides quel que soit le moment où elles sont ultérieurement prises en compte ».

