



Résidence
Poterie

Établissement pour personnes âgées

DIRECTIVES ANTICIPEES

NOM-PRENOM : _____

Date de naissance : _____

En sachant que je peux revenir à tout moment sur les décisions que je prends aujourd'hui et, au cas où je ne serais plus capable de communiquer et que mes fonctions vitales soient atteintes si gravement qu'un rétablissement devait être exclu, je demande, en possession de mes capacités de jugement et après mûre réflexion, d'observer les points suivants :

- Abstention ou interruption de toutes mesures prolongeant la vie (soins intensifs, réanimation, respiration et nutrition artificielle, antibiotiques, chimiothérapie)
- Restriction rigoureuse au soulagement des douleurs
- Renonciation aux soins médicaux (à l'exception des analgésiques) dans une phase avancée de démence (ex : Alzheimer)
- Consentement au don d'organes
- Consentement à une autopsie
- Désignation d'un représentant thérapeutique :

Nom – Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Nom – Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Fait le :

A :

Signature :