

Directives de fin de vie

De : _____
(Prénom en majuscules)

(Nom à la naissance, en majuscules)

Date de naissance: _____
(jour/mois/an)

Je 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 :

- Que mon mandataire soit consulté sur ma volonté de finir ma vie dignement;
- Qu'on n'entreprene, ni ne poursuive les actes de prévention, d'investigation ou de soins ayant pour but la prolongation de ma vie;
- Que l'on soulage efficacement mes souffrances, même si cela a pour effet secondaire d'abrèger ma vie;
- Que s'il n'existe aucun espoir de retour à une vie consciente et autonome et que la loi l'autorise, l'on me procure une mort douce et rapide.

Commentaires personnels : _____

Signature : _____
Auteur des directives

Fait en la ville de _____, le _____
(jour/mois/an)

Témoin 1 _____ Témoin 2 _____
Prénom et nom (en majuscules) Prénom et nom (en majuscules)

Signature _____ Signature _____
Témoin 1 Témoin 2

EN FOI DE QUOI, nous signons en présence les uns des autres.

Mandat en cas d'inaptitude pour les soins de la personne

Mandant (la personne qui désigne le mandataire ci-dessous)

Prénom et nom : (en majuscules) _____

Date de naissance : (jour/mois/an) _____

Adresse : _____

Signature : _____

Fait en la ville de _____, le _____
(jour/mois/an)

Mandataire 1

Prénom et nom : (en majuscules) _____

Courriel: (en minuscules) _____

Adresse : _____

Téléphone : Rés. : _____ Travail : _____ Cell : _____

J'accepte le mandat qui m'est confié

Signature : _____

Fait en la ville de _____, le _____
(jour/mois/an)

Mandataire 2 (substitut dans le cas où le mandataire 1 ne peut être rejoint)

Prénom et nom : (en majuscules) _____

Courriel: (en minuscules) _____

Adresse : _____

Téléphone : Rés. : _____ Travail : _____ Cell : _____

J'accepte le mandat qui m'est confié

Signature : _____

Fait en la ville de _____, le _____
(jour/mois/an)

Témoïn 1 _____ **Témoïn 2** _____
Prénom et nom (en majuscules) Prénom et nom (en majuscules)

Signature _____ Signature _____
Témoïn 1 Témoïn 2

EN FOI DE QUOI, nous signons en présence les uns des autres.