

Testament de vie ou directives anticipées

De _____ Date de naissance: _____
Prénom et nom (en majuscules) aaaa-mm-jj

Directives qui indiquent mes volontés en matière de soins médicaux advenant une diminution de mes facultés mentales ou physiques au point de me rendre inapte à prendre une décision éclairée sur les soins à recevoir.

Voici les circonstances dans lesquelles s'appliquent mes directives :

- Si deux médecins me déclarent en phase terminale d'une maladie et que je suis incapable d'exprimer mes volontés;
- Que je sois ou non en phase terminale, si deux médecins versés dans le domaine déclarent qu'une maladie irréversible ou des dommages à mon cerveau (exemple : coma suite à un accident vasculaire grave ou un traumatisme crânien grave) ou une dégénérescence avancée me rendent de façon permanente incapable de reconnaître qui que ce soit ou de communiquer de quelque façon que ce soit;
- Si mes fonctions cérébrales se sont arrêtées et si je suis dans un état végétatif irréversible, inconscient(e) de façon permanente selon deux médecins même si je suis vivant(e) devant la loi, et ce indépendamment de la durée de vie anticipée;

Dans l'une ou l'autre des circonstances ci-dessus, je désire que mon mandataire soit invité à voir à l'exécution de mes volontés ci-dessous exprimées :

- Qu'on n'entreprene, ni ne poursuive les actes de prévention, d'investigation et de soins ayant pour but la prolongation artificielle de ma vie;
- Que l'on soulage efficacement mes souffrances, même si cela a pour effet secondaire d'abréger ma vie;
- Que l'on me procure une mort paisible et sans souffrance s'il n'existe aucun espoir de retour à une vie consciente pourvu que la loi l'autorise.

Signature _____ le _____
Auteur du testament Fait en la ville de Date (aaaa-mm-jj)

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.