

Prise en charge hors contexte de maladie grave

4. Localisation des directives anticipées. Mes directives sont * (*Cocher les cases correspondantes):

- conservées au CHU de Limoges
- conservées chez moi à l'adresse actuelle.....
- remises à :

Nom	Prénom	Qualité <small>(médecin, personne de confiance, amis, famille...)</small>	Adresse	Téléphone

5. En cas d'impossibilité d'écrire et de signer :

Bien qu'en état d'exprimer ma volonté, je suis dans l'impossibilité d'écrire et de signer moi-même les présentes directives anticipées. Les deux témoins ci-dessous attestent que ce document est l'expression de ma volonté libre et éclairée.

Identité du 1^{er} témoin : *(Personne de confiance si désignée)*

Je soussigné(e),
 Nom de naissance :
 (ou d'adoption)
 Nom d'usage :
 (nom d'épouse par ex)
 Prénom(s) :
 Qualité :
 Adresse :

 N° de téléphone :
 Atteste que les directives anticipées en date du.....
 relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée
 de M/Mme
 Date :
 Signature :

Identité du 2nd témoin :

Je soussigné(e),
 Nom de naissance :
 (ou d'adoption)
 Nom d'usage :
 (nom d'épouse par ex)
 Prénom(s) :
 Qualité :
 Adresse :

 N° de téléphone :
 Atteste que les directives anticipées en date du.....
 relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée
 de M/Mme
 Date :
 Signature :

6. En cas de révocation des directives anticipées, merci de bien vouloir l'indiquer ci-dessous

Révocation de mes directives anticipées :	
Je révoque mes directives anticipées.	
Date :	Signature du patient ou des 2 témoins :

7. Nombre de pages totales du document :

2 pages numérotées + pages (y compris copies des pièces d'identité des témoins s'il y a lieu)

Toutes les pages de ce document sont à rassembler et conserver dans le dossier médical du patient (pochette droits des patients), y compris les feuilles complémentaires et les copies des pièces d'identité s'il y a lieu.