

*Les cartouches et les champs marqués d'un ↗ sont renseignés automatiquement via la fiche signalétique ENNOV*

Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2006-87 du 2 février 2016

Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L. 1111-11, R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique. Ils sont accessibles sur le site internet : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)



**A REMETTRE A L'IDE**

*Copie du formulaire à garder dans le dossier du patient puis remettre l'original au patient*

## Mon identité

Je soussigné(e) (nom de naissance, nom marital - prénoms) :

.....

Né(e)le : ..... A : .....

Domicilié(e) à .....

Déclare avoir été informé(e) de la possibilité et de l'intérêt de rédiger des directives anticipées. **(Dépliant concernant les « directives anticipées » disponible – Réf. QUA-INF-080)** :

- Ne souhaite pas à ce jour rédiger de directives anticipées.
- Fais l'objet d'une mesure de tutelle au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil :  
 J'ai l'autorisation du juge  Oui  Non  
 J'ai l'autorisation du conseil de famille  Oui  Non *(Merci de joindre la copie de l'autorisation)*

Formulaire conservé chez moi : oui  non  *si oui, préciser l'endroit* : .....

Remis à :

- ma personne de confiance (nom, prénom, adresse, téléphone) : .....
- autre personne :

Nom :	Prénom :	Qualité : (médecin, famille, ami,...)	Adresse :	Téléphone :

Fait le : ..... à : .....

**Signature**

## **PARTIE A REMPLIR LE CAS ECHEANT PAR L'EQUIPE SOIGNANTE si le patient est dans l'incapacité ce jour de recevoir et de comprendre l'information relative aux directives anticipées**

### **Attestation des soignants témoins (à compléter uniquement si le patient ne peut être informé)**

- Patient : (nom de naissance, nom marital - prénoms) – Date de naissance – Identifiant

.....

- Date / heure de l'évaluation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ – à .....h.....

« *Nous, soignants témoins, attestons que M./Mme [Nom, Prénom, date de naissance] :  
.....  
n'est pas en capacité, ce jour, de recevoir et de comprendre l'information relative aux directives anticipées. »*

- Motif clinique (à préciser brièvement) : .....

### **Témoins soignants (deux professionnels) :**

#### **1<sup>er</sup> témoin**

Nom – prénom : .....

Fonction : .....

**Signature :** .....

#### **2<sup>ème</sup> témoin**

Nom – prénom : .....

Fonction : .....

**Signature :** .....

- Personne de confiance informée :  Oui  Non  Non désignée

- Nom/coordonnées : .....

.....

- Réévaluation prévue le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ – à .....h.....

Remarques éventuelles :

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

Fait à : ..... Le : .....

*« Cette attestation ne vaut mesure de protection juridique. En cas d'impossibilité d'information, se référer à la personne de confiance et/ou aux directives anticipées antérieures connues, et tracer la réévaluation dès que possible. »*



## Cas particulier

**Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e)** vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

**Témoin 1 :** Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

Qualité\* : .....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté

libre et éclairée de M. ou M<sup>me</sup> .....

Fait le ..... à .....

**Signature**

**Témoin 2 :** Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

Qualité\* : .....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté

libre et éclairée de M. ou M<sup>me</sup> .....

Fait le ..... à .....

**Signature**

*\* ex : lien de parenté, personne de confiance, médecin traitant*