

# Procuration médicale

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (1) ..... né(e)  
..... à ..... résidant à  
....., donne par la présente procuration à  
Madame, Monsieur (1) ..... né(e) ..... à  
..... résidant à ....., pour  
agir en mon nom et pour mon compte en tant que mandataire dans le cadre d'actes médicaux  
si je suis dans l'incapacité de décider par moi-même.

Cette procuration prend effet à partir de ..... et demeure en vigueur  
jusqu'à révocation écrite de ma part. La révocation n'affectera pas les actions du mandataire  
réalisées avant la réception de ladite révocation.

Cette procuration autorise les actes suivants :

1. Consulter et recevoir des informations médicales (résultats d'examens, diagnostics, traitements et ordonnances) me concernant,
2. Prendre des décisions médicales en mon nom,
3. Echanger sur les informations médicales me concernant avec le personnel soignant,
4. Signer des documents médicaux en mon nom, tels que des formulaires de consentement ou des autorisations médicales, lorsque cela est nécessaire pour mon traitement,
5. Prendre des décisions en matière de soins palliatifs.

Je comprends que le mandataire agira dans mon intérêt et en respectant mes préférences  
médicales connues.

....., le .....

Indiquer la mention manuscrite « *Bon pour pouvoir* »,

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

Indiquer la mention manuscrite « *Bon pour acceptation du pouvoir* »,

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

(1) : Rayer les mentions inutiles,

(2) : **Pièce jointe** : copie d'une pièce d'identité (passeport ou carte d'identité) du mandan