

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification au Registre National :

	Nom + Prénom	Téléphone
Médecin Généraliste :		
Mandataire :		
Personne de confiance :		
Personne de contact prioritaire :		
Infirmier :		
Autre :		

**Si je me trouve en situation de détresse et dans l'incapacité d'exprimer mes volontés :
malaise, chute, troubles cognitifs**

-> Contactez :

- Services d'urgences (112) oui non
- Médecin généraliste / de garde oui non
- Référent familial oui non
- Autre : oui non

J'ai complété des déclarations anticipées ? oui non

 Concernant le refus ou limitation de traitements oui non

 Si oui où se trouvent-elles ?

 Concernant l'euthanasie oui non

 Si oui où se trouvent-elles ?

Ces questions ont-elles déjà été abordées avec mes proches ? oui non

NIVEAU DE SOINS : (cocher une option)

- Maximums (soins usuels, soins intensifs et réanimation)
- Soins usuels (tous les soins, sauf intensifs et réanimation)
- Soins de confort uniquement

HOSPITALISATION

- Je souhaite être hospitalisé, quelles que soient les circonstances
- Je souhaite être hospitalisé, uniquement afin de recevoir des soins de confort
- Je souhaite être hospitalisé, uniquement dans ces circonstances :
-
- Je ne souhaite pas être hospitalisé, et ce en aucun cas

RÉANIMATION

- Je souhaite être réanimé
- Je ne souhaite pas être réanimé

VOLONTÉS PAR RAPPORT AUX SOINS - à domicile, à l'hôpital ou en institution :

Antibiotiques oui non voie orale uniquement

Alimentation artificielle : oui non

Hydratation artificielle : oui non

Oxygène par voie nasale : oui non

Autre :

Remarques :

SCHÉMA THÉRAPEUTIQUE

À élaborer en collaboration avec mon médecin traitant (en accord avec mes déclarations de volontés), en fonction de ma pathologie et des risques de dégradation que celle-ci implique :

Symptôme :

Traitement :

Qu'est ce qui peut être ressourçant/apaisant pour moi en termes visuel, auditif, kinesthésique, olfactif et/ou gustatif ?

.....

Je souhaite un accompagnement spirituel oui non

De type :

Je souhaite finir mes jours (entourer l'option choisie) :

à mon domicile - en maison de repos - dans une unité de soins palliatifs - à l'hôpital.

Je souhaite pouvoir recourir aux soins palliatifs à domicile

oui non sans avis

NOM, PRÉNOM, SIGNATURE ET DATE :

Patient :	Médecin généraliste :	Le mandataire, membre de la famille ou autre, qui a pris connaissance de ce document :
-----------	-----------------------	--