



## Trois points d'attention

1. Ce document est théoriquement le résumé de votre Projet de soins personnalisé et anticipé (PSPA), conservé chez vous, chez un tiers ou par une institution. Si tel est le cas, merci d'indiquer le lieu de conservation du PSPA (vos coordonnées, celles d'un tiers ou d'une institution) :
2. À tout moment, vous avez la possibilité de modifier votre PSPA et votre PAVS.
3. Le PSPA et le PAVS ne sont utiles que si vous n'êtes plus en capacité de vous exprimer.

## Mes données administratives

MES COORDONNÉES	INSTITUTIONS ET PERSONNES DE RÉFÉRENCE (nom et tél.)	MES REPRÉSENTANTS (nom et tél.)
Nom et prénom	Institution (le cas échéant)	Mandataire
Téléphone	Médecin traitant	Personne(s) de confiance
Num. de registre national	Hôpital de référence	
Sexe (h/f)	Personne(s) de contact	Administrateur de la personne

## Mon projet de soins (à cocher)

<p><b>Projet global (intensité des soins)</b></p> <p>Soins maximums (si vous cochez cette case, RDV directement au verso)</p> <p>Soins usuels</p> <p>Soins de confort/palliatifs</p> <p>Déclaration anticipée d'euthanasie signée le</p>	<p><b>À soins égaux je préfère être :</b></p> <p>à mon domicile</p> <p>dans mon institution</p> <p>à l'hôpital</p> <p>en unité de soins palliatifs</p>
--	--

### Thérapies refusées

Antibiothérapie

Perfusion hydratante

Alimentation artificielle :

- Entérale (sonde par le nez)
- Parentérale (en intraveineuse)
- Par sonde de gastrostomie (dans le ventre)

Dialyse

Aide à la respiration :

- Oxygénothérapie
- Ventilation non invasive (VNI)
- Intubation

Sédation palliative

Traitement altérant l'état de conscience

### Types d'hospitalisations acceptés

Hospitalisation **avec** réanimation

Hospitalisation **sans** réanimation

Hospitalisation exceptionnelle (fracture, occlusion, etc.)

### Mes autres souhaits :



## Mes souhaits de fin de vie

Pour ma fin de vie, je préfère – si possible – être dans mon lieu de vie habituel :

Je désire un accompagnement (plusieurs choix possibles) :    psychologique    philosophique    religieux    spirituel    autre    aucun

A propos de mon accompagnement, je souhaite en particulier :                      Mes autres souhaits :

Pour moi, l'essentiel c'est :

## Mes volontés pour l'après-décès

J'accepte de donner mes organes :

Je donne mon corps à la science :

Je souhaite être :

J'ai un pacemaker :

Je souhaite que le(s) rite(s)/rituel(s) suivant(s) (cérémonie, dispersion des cendres...) soi(en)t respecté(s) :

Coordonnées des pompes funèbres de mon choix :

Je dispose d'une assurance obsèques :    oui    non

Dans l'affirmative :

♦ nom de ma compagnie :

♦ mon numéro de contrat :

Mes autres souhaits :

---

Signature

Signature du représentant

Signature du médecin  
(facultative)

Date

Lien avec le/la signataire