



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

Nom et prénom

Téléphone

Num. de registre national

Sexe (h/f)

INSTITUTIONS ET PERSONNES DE RÉFÉRENCE (nom et tél.)

Institution (le cas échéant)

Médecin traitant

Hôpital de référence

Personne(s) de contact

MES REPRÉSENTANTS (nom et tél.)

Mandataire

Personne(s) de confiance

Administrateur de la personne

Mon projet de soins (à cocher)

Projet global (intensité des soins)

- Soins maximums (si vous cochez cette case, RDV directement au verso)
- Soins usuels
- Soins de confort/palliatifs
- Déclaration anticipée d'euthanasie signée le

À soins égaux je préfère être :

- à mon domicile
- dans mon institution
- à l'hôpital

Type de thérapies acceptées

- 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

Type d'hospitalisation

- Hospitalisation en soins intensifs
- Hospitalisation sans réanimation
- Hospitalisation exceptionnelle (fracture, occlusion, etc.)

Commentaires :



Mes souhaits de fin de vie

Pour ma fin de vie, je préfère – si possible – être dans mon lieu de vie habituel : Oui - Non - Sans préférence

Je désire un accompagnement : Philosophique - Religieux - Spirituel - Autre - Aucune de ces propositions

Lequel (précisez) ?

Pour moi, l'essentiel c'est :

Commentaires :

Mes volontés pour l'après-décès

J'accepte de donner mes organes : Oui - Non - Sans préférence

Je donne mon corps à la science : Oui - Non - Sans préférence

Je désire être incinéré : Oui - Non - Sans préférence

- J'ai un pacemaker : Oui - Non

Je souhaite que les rituels suivants soient respectés :

Choix des pompes funèbres (Nom, adresse, tél.) :

Commentaires :

Signature

Signature du représentant

Signature du médecin
(facultative)

Date

Lien avec le/la signataire