



Trois points d'attention

1. Ce document est le résumé de votre Projet de soins personnalisé et anticipé (PSPA), conservé chez vous ou par un tiers (proche ou institution). merci d'indiquer son lieu de conservation (indiquez vos coordonnées ou celles du tiers le détenant) :

2. À tout moment, vous avez la possibilité de modifier votre PSPA et votre PAVS, pour correspondre au mieux à l'évolution de vos souhaits.
3. Le PSPA et le PAVS ne seront utilisés que si vous n'êtes plus en capacité de vous exprimer.

Mes données administratives

Mes nom et prénom - h f

Mon numéro de téléphone

Mon numéro de registre national

INSTITUTION(S) ET/OU PERSONNE(S) À CONTACTER (indiquez leur nom et numéro de téléphone)

Institution(s) (maison de repos, hôpital de référence...)

Médecin traitant

Personne(s) à contacter

Mandataire (pour les soins de santé)

Mandataire extrajudiciaire

Administrateur de biens et/ou de la personne

Personne(s) de confiance

Mon projet de soins

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
- en unité de soins palliatifs

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.)

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 (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 : oui non sans préférence

Je donne mon corps à la science : oui non sans préférence

Je désire être : incinéré(e) inhumé(e) sans préférence

J'ai un pacemaker : oui non

Je laisse à mes proches le choix de mes obsèques : oui non

Ayant répondu «non» à la question ci-dessus, 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 de mon/ma représentant(e) (si désigné(e))

Signature du médecin (facultative)

Le (Date)

Son lien avec moi