



## Quatre 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.
4. Il est conseillé de compléter ce document avec un professionnel de la santé et/ou un proche.

## 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...)	Mandataire (pour les soins de santé)
	Mandataire extrajudiciaire
Médecin traitant	Administrateur de biens et/ou de la personne
Personne(s) à contacter	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