Pallium

Ce carnet est destiné aux personnes qui sont amenées à m’accompagner en fin de vie et sera utilisé dans le respect de mes volontés au cas où et tant que je ne suis plus capable de prendre moi-même une décision.

Conditions d’utilisation

Faire entendre sa voix jusqu’au bout de sa vie …



J’autorise les personnes suivantes\* à transmettre à (Mr, Mme, Institution) :

|  |
| --- |
|  |

\*veuillez désigner la/les personne(s) concernée(s) :

|  |
| --- |
|  |

**Section II – Carnet de vie** :

Volet 1 : éléments importants du vécu personnel

Volet 2 : qualité de vie

Volet 3 : affinités spirituelles ou philosophiques

Volet 4 : transmission de paroles

**Section III – Déclarations de volontés:**

Déclaration anticipée de volonté relative aux traitements

Déclaration anticipée d’euthanasie

Volontés d’après-décès

Don d’organe

Don du corps à la science

Commentaire(s) éventuel(s)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Document établi à :

|  |
| --- |
|  |

Le :

|  |
| --- |
|  |

Nom et prénom :

|  |
| --- |
|  |

Signature :

**En cas d’impossibilité physique permanente, je désigne ci-dessous la personne majeure suivante n’ayant aucun intérêt matériel à mon décès, pour rédiger pour moi le présent document.**

* Informations concernant cette personne :

Nom et prénom :

|  |
| --- |
|  |

N° de registre national



Date de naissance



Lieu de naissance

|  |
| --- |
|  |

Adresse du lieu de résidence

|  |
| --- |
|  |

Tél. ou GSM

|  |
| --- |
|  |

E-mail

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Date et signature de la personne désignée :

Document connu du MANDATAIRE (nom en lettres capitales)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Date et signature du mandataire :

Document connu de la PERSONNE DE CONFIANCE (nom en lettres capitales)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Date et signature de la  
  
personne de confiance :

Fait en ….. exemplaires, maintenus auprès du déclarant et des personne(s) suivante(s) :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom : ………………………….  Adresse : …………………………………..  Ville et code postal : ………………………  Tél. : …………...……………………………  GSM : …………..…………………………..  Lien par rapport au déclarant : ………....................................................... | Nom et prénom : ………………………….  Adresse : …………………………………..  Ville et code postal : ………………………  Tél. : …………...……………………………  GSM : …………..…………………………..  Lien par rapport au déclarant : ………....................................................... |
| Nom et prénom : ………………………….  Adresse : …………………………………..  Ville et code postal : ………………………  Tél. : …………...……………………………  GSM : …………..…………………………..  Lien par rapport au déclarant : ………....................................................... | Nom et prénom : ………………………….  Adresse : …………………………………..  Ville et code postal : ………………………  Tél. : …………...……………………………  GSM : …………..…………………………..  Lien par rapport au déclarant : ………....................................................... |

Afin de respecter l’évolution de mes souhaits par rapport à l’anticipation des soins liés à la fin de ma vie, ce document peut être modifié. Le tableau ci-dessous présente la chronologie des modifications éventuelles.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Version(s) du document** | **Date(s)** | **Signature du déclarant** |
| Première Version |  |  |
| Modification 1° |  |  |
| Modification 2° |  |  |
| Modification 3° |  |  |