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° |  |  |