

Projet anticipé de vie et de soins (PAVS)



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

- A mon domicile
- Dans mon institutionnat
- A l'hôpital
- En unité de soins palliatifs

Thérapies refusées

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiothérapie | <input type="checkbox"/> Alimentation artificielle : | <input type="checkbox"/> Aide à la respiration : |
| <input type="checkbox"/> Perfusion hydratante | <input type="checkbox"/> Entérale (sonde par le nez) | <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie |
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Parentérale (en intraveineuse) | <input type="checkbox"/> Ventilation non invasive (VNI) |
| <input type="checkbox"/> Sédation palliative | <input type="checkbox"/> Par sonde de gastrostomie (dans le ventre) | <input type="checkbox"/> Intubation |
| <input type="checkbox"/> 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

Pour moi, l'essentiel c'est

Mes autres souhaits

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

Date

Signature de mon/ma
représentant(e) (si désigné(e))

Son lien avec moi

Signature du médecin (facultative)