

- La personne concernée remplit elle-même cette fiche
- La personne de confiance remplit cette fiche
- Autre :

Identité :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :
.....

Téléphone :/...../...../...../.....

Religion / confession :

Personne de confiance : (prend à ma place les décisions convenues)

N°1		N°2	
Nom	Prénom	Nom	Prénom
Adresse		Adresse	
<u>Téléphone</u> :		<u>Téléphone</u> :	

Personne non autorisées à prendre des décisions me concernant :

N°1		N°2	
Nom	Prénom	Nom	Prénom
Adresse		Adresse	
<u>Téléphone</u> :		<u>Téléphone</u> :	

En cas de douleurs et d'agitation :

- Je souhaite recevoir des antidouleurs et des tranquillisants à forte dose quitte à perdre ma conscience
- Je souhaite recevoir des antidouleurs et des tranquillisants permettant de rendre la douleur supportable tout en gardant ma conscience claire

Personne ayant une maladie grave :

- Je veux m'exprimer à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie : situations jugées médicalement irréversibles (traumatisme crânien grave, AVC massif) entraînant un état de coma prolongé ;
- A propos des traitements qui n'ont d'autre but que de me maintenir artificiellement en vie, sans possibilité de récupération (assistance respiratoire et/ ou tube pour respirer, et/ou perfusion ou tuyau dans l'estomac pour s'alimenter) ;
- A propos de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux ;

		J'accepte	Je refuse
Les ponctions	Prise de sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Biopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ponction lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La nutrition / Hydratation	Par voie veineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Par sonde nasogastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Par sonde de gastrotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les examens radiologiques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pose de voie veineuse centrale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La transfusion sanguine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une intervention chirurgicale ou médicale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les explorations endoscopiques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le massage cardiaque + électrochoc		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intubation + assistance respiratoire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La dialyse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Accompagnement religieux :

- Je souhaite l'accompagnement d'un conseiller spirituel de ma religion
- Je ne souhaite pas d'accompagnement spirituel

Don d'organes :

- Je souhaite donner mes organes
- Je ne souhaite pas donner mes organes
- Je donne mes organes sauf :

J'ai d'autres souhaits (avant et/ ou après ma mort) :

.....

.....

.....

.....

Date :

Signatures :

Personne concernée	Personne de confiance	Membre du personnel