



PROJET THÉRAPEUTIQUE ACTUEL

DATE : .... / .... / .....

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification au Registre National : .....

|                             | Nom + Prénom | Téléphone |
|-----------------------------|--------------|-----------|
| Médecin Généraliste :       |              |           |
| Mandataire / représentant : |              |           |
| Personne de confiance :     |              |           |
| Proche à contacter :        |              |           |
| Autre(s) :                  |              |           |

**Si je me trouve en situation de détresse et dans l'incapacité d'exprimer mes volontés : malaise, chute, troubles cognitifs**

-&gt; Contactez :

Services d'urgences (112)

 oui  non

Médecin généraliste / de garde

 oui  non

Mandataire / représentant

 oui  non

Autre : .....

 oui  non

J'ai complété des déclarations anticipées ?

 oui  non

Relatives aux traitements

 oui  non

Si oui, où se trouvent-elles ? .....

Précisez les circonstances : .....

Relatives à l'euthanasie

 oui  non

Si oui, où se trouvent-elles ? .....

Relatives à des dons d'organes ou du corps

 oui  non

Si oui, où se trouvent-elles ? .....

Relatives aux obsèques

 oui  non

Si oui, où se trouvent-elles ? .....

Ces questions ont-elles déjà été abordées avec mes proches ?

 oui  non

NIVEAU DE SOINS : (cocher une option)

- Maximums (soins usuels, soins intensifs et réanimation)  
 Soins usuels (tous les soins, sauf intensifs et réanimation)  
 Soins de confort uniquement

HOSPITALISATION

- Je souhaite être hospitalisé, quelles que soient les circonstances  
 Je souhaite être hospitalisé, uniquement afin de recevoir des soins de confort  
 Je souhaite être hospitalisé, uniquement dans ces circonstances : .....  
.....  
 Je ne souhaite pas être hospitalisé, et ce en aucun cas

RÉANIMATION

- Je souhaite être réanimé  
 Je ne souhaite pas être réanimé

**SYNTHÈSE DES VOLONTÉS PAR RAPPORT AUX SOINS** - à domicile, à l'hôpital ou en institution :

Antibiotiques  oui  non  voie orale uniquement  
Alimentation artificielle :  oui  non  
Hydratation artificielle :  oui  non  
Oxygène par voie nasale :  oui  non  
Autre : .....

Remarques : .....

**SCHÉMA THÉRAPEUTIQUE**

À élaborer en collaboration avec mon médecin traitant (en accord avec mes déclarations de volontés), en fonction de ma pathologie et des risques de dégradation que celle-ci implique :

Symptôme : .....

Traitement : .....

Qu'est ce qui peut être ressourçant/apaisant pour moi en termes visuel, auditif, kinesthésique, olfactif et/ou gustatif ?

.....

Je souhaite un accompagnement spirituel  oui  non

De type : .....

Je souhaite finir mes jours (entourer l'option choisie) :

à mon domicile - en maison de repos - dans une unité de soins palliatifs - à l'hôpital.

Je souhaite pouvoir recourir aux soins palliatifs à domicile

oui  non  sans avis

Qu'est-ce qui serait primordial pour vous dans cette période de votre vie ?

.....

.....

**NOM, PRÉNOM, SIGNATURE ET DATE :**

|           |  |   |
|-----------|--|---|
| Patient : | Médecin généraliste (facultatif mais conseillé): | Le mandataire, membre de la famille ou autre, qui a pris connaissance de ce document (facultatif) : |
|-----------|--|---|

