

Directives anticipées

Identité

Civilité, Nom et Prénom :

Adresse, rue, no, code postal, lieu :

Tél. et adresse courriel :

Date de naissance :

Etat civil :

Caisse maladie et no d'assuré :

Représentants (nom, adresse postal et courriel, tél(s))

Représentant légal :

Représentant thérapeutique :

Représentant social :

Thérapeutes de référence :

Dr généraliste :

Dr psychiatre :

Dr en médecine spécialisée :

Médecine complémentaire :

Réseaux (nom, no tél. adresses postale et email) :

Famille :

Environnement (voisins, amis, associations ...) :

Social (CMS, CSR, etc.) :

Santé (consultation ambulatoire, soins infirmiers ...) :

Vie spirituelle :



SANTE

Antécédents concernant la santé :

Physique :

Psychique :

Traitements :

En cours :

Antécédents :

Prévention :

Mes stratégies d'alerte en cas de mal/être ou malaise :

En cas de perte de ma capacité de discernement, moyens ou actions à mettre en place :

RELATIONS AVEC MES PROCHES ET MON ENVIRONNEMENT SOCIAL :

Contacter :

Surtout ne pas contacter :

DISPOSITIONS MEDICALES :

Contactez mon représentant thérapeutique.

Si je suis hospitalisé, je souhaite que l'hospitalisation se déroule en tenant compte des dispositions suivantes :

- cadre du traitement et évolution :
- Durée globale de l'hospitalisation :
- Traitement médicamenteux :
- En cas de refus de ma médication, je souhaite les interventions suivantes :



- Les traitements que je ne supporte pas : (allergie ...)
- Je m'oppose aux traitements suivants :

En cas d'hospitalisation, je souhaite être hospitalisée à :

Pour des soins généraux :

Pour des soins psychiatriques :

DISPOSITIONS SOCIALES

Contactez mon représentant social.

Concernant mes paiements mensuels, en cas d'hospitalisation, je donne procuration à :

Concernant la levée de mon courrier : Mme/M se chargeront de le traiter / de me le faire parvenir / de le traiter et me le faire parvenir.

Concernant mes animaux, s'adresser à :

Concernant mes plantes, mes fleurs, s'adresser à :

DISPOSITION EN CAS DE DECES :

Je me déclare pour le don d'organes

Je m'oppose formellement à tout prélèvement d'organes

Je souhaite être enterré / incinéré

Je sous-signé déclare être en parfaite possession de ses facultés physiques et mentales et ai pris les dispositions ci-dessus pour le cas où je ne serai plus en mesure de m'exprimer valablement sur les points mentionnés.

Ces dispositions anticipées sont déposées auprès des personnes et services suivants :

Lieu, date, signature

Mise à jour, date et signature

