

Formulaire de souhaits : ACP

1. VOS COORDONNÉES

NOM:

PRÉNOM:

N° REGISTRE
NATIONAL:

NUMÉRO
DE TÉLÉPHONE:

ADRESSE MAIL:

2. VOS OBJECTIFS DE VIE ET DE FIN DE VIE

Quelles sont vos aspirations profondes, les éléments
qui sont essentiels pour vous pour que votre vie garde un sens ?

JE VEUX RESTER
PRÈS DE MA
FAMILLE...

JE VEUX GARDER
MON CHIEN PRÈS
DE MOI...

JE VEUX RESTER
AUTONOME, POUVOIR ME
DÉPLACER, GÉRER MON
EMPLOI DU TEMPS...

JE NE SUPPORTE
PAS LA DOULEUR..

ET POUR VOUS,
QU'EST-CE QUI
EST ESSENTIEL ?

Ce qui est essentiel pour moi et donne un sens à ma vie :

3. VOS SOUHAITS EN MATIÈRE DE LOGEMENT

JE VEUX POUVOIR
GARDER MON ANIMAL
DE COMPAGNIE PRÈS
DE MOI...

J'AI BESOIN DE
COMPAGNIE. JE NE
POURRAIS PAS
VIVRE SEUL...

IL ME FAUT UN
JARDIN OU UN PARC
OÙ PRENDRE L'AIR...

JE NE VEUX PAS DÉPENDRE
D'UNE STRUCTURE QUI ME
DICTE DES HORAIRES OU
CE QUE JE DOIS MANGER ...

ET POUR VOUS, QU'EST-CE
QUI EST ESSENTIEL DANS
VOTRE ENVIRONNEMENT
DE VIE ?

LES ÉLÉMENTS PRIORITAIRES
POUR LE CHOIX DE MON LOGEMENT :

LES FORMES DE LOGEMENTS
QUE JE VEUX À TOUT PRIX ÉVITER :

4. VOS SOUHAITS EN MATIÈRE DE SOINS

S'IL N'Y A PLUS D'ESPOIR QUE JE RETROUVE LA SANTÉ ET QUE JE PERDS CONSCIENCE, IL NE FAUDRA PAS ME RÉANIMER

SI J'AI PERDU LA TÊTE ENTRETEMPS, CELA N'A PLUS DE SENS DE ME FAIRE UNE TRANSPLANTATION D'ORGANE...

JE REFUSE L'IDÉE D'ÊTRE DÉPENDANT(E) D'UNE MACHINE POUR RESPIRER OU FAIRE BATTRE MON CŒUR...

JE SUPPORTE MAL LA DOULEUR. SI JE SOUFFRE, JE DEMANDE QU'ON M'ADMINISTRE DES PRODUITS POUR CALMER LA DOULEUR

ET POUR VOUS, QUELS SONT LES SOINS DONT VOUS SOUHAITEZ POUVOIR BÉNÉFICIER ?

LES ÉLÉMENTS PRIORITAIRES
POUR LE CHOIX DE MES SOINS :

LES FORMES DE SOINS QUE
JE VEUX À TOUT PRIX ÉVITER :

5. VOS SOUHAITS POUR LA FIN DE VIE

IL Y A AUJOURD'HUI PLEIN DE REMÈDES POUR APAISER LA DOULEUR. CELA DEVRAIT ÊTRE OFFERT À TOUT LE MONDE AU MOMENT DE MOURIR...

EN TOUT CAS, IL NE FAUDRA PAS M'ENTERRER. JE PRÉFÈRE LA CRÉMATION. ET SI VOUS VOULEZ, AVANT CELA, PRENDRE L'UN OU L'AUTRE DE MES ORGANES, VOUS POURREZ VOUS SERVIR...

J'AI TRÈS PEUR DE ME RETROUVER TOUT SEUL AU MOMENT DE MOURIR.

JE PRÉFÈRE MOURIR À LA MAISON AVEC MES ENFANTS QUE DANS UNE CHAMBRE ANONYME D'UN HÔPITAL.

SI JE SUIS PARTI DANS UNE SPIRALE DE DÉCHÉANCE PHYSIQUE ET MENTALE, JE PRÉFÈRE L'EUTHANASIE.

ET POUR VOUS, QUELS ÉLÉMENTS VOUS AIDERAIENT À ENVISAGER VOTRE MORT DE FAÇON SÉRÈNE ?

CE QUI M'AIDERAIT À ACCEPTER LE MOMENT DE MA MORT AVEC APAISEMENT :

CE QUI RENDRAIT POUR MOI L'ÉPREUVE DE MA MORT VRAIMENT TROP DIFFICILE :

6. VOS DÉCLARATIONS ANTICIPÉES

Si vous avez fait enregistrer l'une ou l'autre déclaration anticipée, parmi celles qui sont aujourd'hui encadrées par la loi, il peut être utile d'en informer votre entourage et votre médecin généraliste.

QUESTION

VOTRE RÉPONSE

Avez-vous enregistré vos volontés en matière de don d'organes et de matériel corporel humain ?

Avez-vous enregistré une déclaration de volonté en matière d'euthanasie ?

Avez-vous exprimé des choix et pris des dispositions concernant vos volontés en matière de mode de sépulture, de cérémonie funéraire et de contrat d'obsèques ?

Avez-vous enregistré une « déclaration anticipée négative » par laquelle vous exprimez votre refus de certains traitements ou examens relatifs à votre santé ?

Avez-vous fait une déclaration auprès d'une faculté de médecine pour donner votre corps à la science ?

7. VOS PERSONNES DE CONFIANCE ET REPRÉSENTANT OU MANDATAIRE

Ci-dessous, vous pouvez compléter les noms et coordonnées de contact des personnes que vous choisissez comme personnes de confiance ou mandataire/représentant.

La ou les personnes suivantes sont pour moi des personnes de confiance :
elles m'aident à faire des choix au quotidien en matière de soins et logement.

CONTACT 1	À COMPLÉTER
Nom	
Prénom	
N° Registre National	
Numéro de téléphone	
Adresse mail	

CONTACT 2	À COMPLÉTER
Nom	
Prénom	
N° Registre National	
Numéro de téléphone	
Adresse mail	

CONTACT 3	À COMPLÉTER
Nom	
Prénom	
N° Registre National	
Numéro de téléphone	
Adresse mail	

J'ai désigné la personne suivante comme mandataire ou représentant qui prendra les décisions pour moi si je ne suis plus capable moi-même de m'exprimer de façon cohérente.

<u>MANDATAIRE/REPRÉSENTANT</u>	<u>À COMPLÉTER</u>
Nom	
Prénom	
N° Registre National	
Numéro de téléphone	
Adresse mail	