EHPAD
Foyer de vie
Accueil de jour

DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e.) Mme, Mlle, M. :…….
Né(e) le :……../……/……à :……..
Domicilié(e) : ……

déclare

• rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés.

• rédiger ce document en tant que personne de confiance, nommée par Mme, Mlle, M. :……..pour l'accompagner dans ses démarches.

☞ *Rappel des coordonnées de la personne de confiance :*

Mme, Mlle, M. : ……

demeurant :……..

TELEPHONE :……

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection incurable qu'elle qu'en soit la cause ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés, je souhaite :

➢ Qu'on n'entreprenne, ni ne poursuive les actes de prévention, investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie (art. L 1110-5 du code de la santé publique) ;

➢ Que l'on soulage efficacement mes souffrances ;

➢ Autre précision personnelle……

……
……

Fait à :

Le : _____/_____/_____

Signature de la personne de confiance

Signature du résident

29, rue Saint-Roch – CS 63541 – 35390 GRAND-FOUGERAY
Tel.02 99 08 30 30 – Fax. 02 99 08 30 55 - www.hopital-gfougeray.com

EHPAD
Foyer de vie
Accueil de jour

CONSIGNES EN CAS DE DECES

Consignes données par : ☐ Résident ☐ Tierce personne

Je soussigné(e.) Mme, Mlle, M. :…….
Né(e) le :……/……/…… à :……
Domicilié(e) : ……
Téléphone : ……
Lien avec le résident : ……..

déclare donner les consignes en cas de décès de :

Mme, Mlle, M. :……
demeurant : ……

****

- Prévenir ☐ Jour ☐ Nuit
- Croyances, rites funéraires :……
- Souhaite recevoir la visite d'un ministre du culte ☐ Oui ☐ Non
- Vêtements à disposition ☐ Oui ☐ Non
- Soins de conservation ☐ Oui ☐ Non
- Patient porteur d'un stimulateur cardiaque ☐ Oui ☐ Non
- Chambre funéraire ☐ Oui ☐ Non
  - ↳ Si oui, lieu : ……
- Pompes funèbres : ……
- Incinération : ☐ Oui ☐ Non
- Contrat obsèques : ☐ Oui ☐ Non

……

- Autres souhaits : ……

Fait à : Le : _____/_____/_____

Signature de la tierce personne Signature du résident

29, rue Saint-Roch – CS 63541 – 35390 GRAND-FOUGERAY
Tel.02 99 08 30 30 – Fax. 02 99 08 30 55 - www.hopital-gfougeray.com