

Projet d'Accompagnement Personnalisé du Résident à l'E.H.P.A.D. Gabriel Martin Centre Hospitalier Ouest Réunion



**Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) de :
Monsieur/Madame :**

.....
(Nom, Prénom du résident et date de naissance)

☐ PAP Initial
☐ Renouvellement PAP

MODALITES ET MISES EN ŒUVRE POUR L'ELABORATION DU PROJET PERSONNALISE

(ex : présentation de la démarche au résident et à l'entourage, entretien ; date, lieu, modalités et durée de l'entretien ; participants et date de la réunion pluridisciplinaire de synthèse,...)

Accord du résident pour la restitution à la famille : ☐ Oui ☐ Non
Par le(s) référent(s) du résident : IDE ☐ AS
Par la psychologue ☐
Par l'IDEC ☐

Identité du binôme référent :

IDE : (nom, prénom) _____

AS : (nom, prénom) _____

Animatrice : (nom, prénom) _____

Psychologue : (nom, prénom) _____

Le résident est-il d'accord pour que ses souhaits et attentes soient notés et retranscrits dans le projet personnalisé ?

☐ Oui ☐ non ☐ sans avis

Méthodologie de mise en place du projet personnalisé :

Le PAP se construisant avec le résident, la démarche doit lui être présentée et se fait en plusieurs étape. Après recueil de son accord le PAP peut être présenté à son entourage. Dans le cas où le résident serait sous tutelle, celle-ci devra être mis au courant du projet personnalisé. Cette démarche justifie de nommer un référent résident. L'établissement a décidé de mettre en place dès l'arrivée du résident un binôme référent aide-soignant-infirmier.

L'élaboration du projet personnalisé constitue un outil de coordination des actions de l'équipe pluridisciplinaire (médecin coordonnateur, médecin traitant, infirmier, aide-soignant, psychologue, aide médico-psychologique, ergothérapeute, agent d'entretien, animateur, etc. » Cette démarche nécessite donc un regard croisé des référents métiers.

NOM :	
PRENOM	
Date de Naissance :	
Lieu de naissance :	
Age à l'entrée dans l'établissement :	
Age lors de la réalisation du PAP initial :	
Date d'entrée dans l'EHPAD :	
N° de chambre à l'entrée dans l'établissement :	
Mouvement de chambre en cours de séjour (N° et date de changement, avis du résident ou référent familial pour le changement de chambre)	
Droit à l'image (accord, date, actualisation pour l'année en cours)	

Recueil des données

L'HISTOIRE DE VIE (PERSONNE RESSOURCE : ENTOURAGE FAMILIAL)

Son enfance :

Sa vie maritale : ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e)

Ses enfants :

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE (PAP)
du résident à l'EHPAD GABRIEL MARTIN

Ordre de la fratrie	Nom , Prénom	Statut (vivant, décédé)	Personne de confiance	Personne à prévenir	Visites (Ponctuelles, Habituelles, aucune)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					

Sa vie professionnelle :

Ses relations sociales, ses activités (*passé-temps, couture, tricot, groupe d'amis, dîner dansant..*)

Evènements marquants :

Éléments nouveaux concernant l'histoire de vie pour l'année en cours :

CONTEXTE DE VIE (PERSONNE RESSOURCE : RESIDENT(E), ENTOURAGE FAMILIAL)

Lieu de résidence avant l'entrée en EHPAD (ville, quartier):

Quel type d'habitation : ☐ Maison ☐ Appartement ☐ Sans domicile
Vivait : ☐ en couple ☐ Avec des membres de la famille ☐ En foyer d'accueil
☐ Seul

SOUHAITS ET ATTENTES (PERSONNE RESSOURCE : RESIDENT(E), ENTOURAGE FAMILIAL)

Mes souhaits et mes attentes : *(en cas d'incapacité à s'exprimer, la personne de confiance sera entendue)*

Mes souhaits pour ma fin de vie : *(cérémonie, veillée mortuaire, vêtement, discours de la famille...):*

Désignation de la Personne de confiance : Mme / Mr.....

☐ oui ☐ non ☐ ne peut pas désigner ou ne souhaite pas désigner

Directives anticipées rédigées : ☐ oui ☐ non ☐ ne peut pas s'exprimer

Si le(la) résident(e) ne peut pas s'exprimer, avait-elle fait connaître ses directives anticipées, ses souhaits à sa personne de confiance ou à sa famille ? ☐ oui ☐ non

Éléments nouveaux concernant l'histoire de vie pour l'année en cours :

VIE SOCIALE (PERSONNE RESSOURCE : RESIDENT(E), EQUIPE SOIGNANTE, PSYCHOLOGUE, ADJOINTE ADMINISTRATIVE, IDEC)

Mes rapports à l'autre :

Mon cercle d'amis parmi les résidents (3 première lettres du nom de famille et 2 premières lettres du prénom) :

Monsieur/Madame : _____

Monsieur/Madame : _____

Monsieur/Madame : _____

Monsieur/Madame : _____

Mes relations familiales :

.....
.....
.....

Ma vie affective :

En couple avec Monsieur/Madame : _____

Ma vie citoyenne :

Je souhaite exercer mon droit de vote en :

☐ Allant voter sur place

☐ Par procuration

☐ étant accompagné(e) de préférence : ☐ d'un membre de ma famille ☐ d'un membre de l'équipe

Je souhaite faire parti(e) de/du : ☐ La Commission alimentaire

☐ Conseil de Vie Social

Situation administrative :

Mutuelle santé : ☐ oui Laquelle : _____ ☐ non

Mutuelle décès : ☐ oui Laquelle : _____ ☐ non

Couverture médicale :

Choix du médecin traitant demandé au résident (lors de la Visite de pré-admission ou pendant le séjour)

☐ oui

☐ non

☐ ne peut pas s'exprimer

Nom du médecin traitant : _____

Éléments nouveaux concernant la vie sociale pour l'année en cours :

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE (PAP)
du résident à l'EHPAD GABRIEL MARTIN

CENTRE D'INTERET (PERSONNE RESSOURCE : RESIDENT(E), ENTOURAGE FAMILIAL, ANIMATRICE, EQUIPE SOIGNANTE, PSYCHOLOGUE)

Monsieur/ Madame souhaite avoir des activités : ☐ en groupe ☐ seul ☐ Mixte

☐ En extérieur ☐ Que dans l'enceinte de l'établissement

De préférence : ☐ Dans la matinée ☐ En après midi

Si la personne est en incapacité de s'exprimer : *inscription par défaut aux activités après évaluation de l'animatrice et en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire*

Si la personne doit être motivée, sollicitée, stimulée, suggérer l'inscription aux activités :

☐ Je préfère être au calme ☐ J'aime bien l'ambiance, qu'il y ait du mouvement autour de moi

☐ Je souhaite continuer à avoir des sorties à l'extérieur avec ma famille

Mes préférences musicales : _____

Mes loisirs :

ACTIVITES POUVANT ETRE PROPOSEES EN ANIMATION	J'AIME	JE N'AIME PAS	SANS AVIS	CE N'EST PAS MON CENTRE D'INTERET
ACTIVITES MANUELLES				
Cuisine				
Dessin				
Peinture				
Découpage/collage				
Autre :				
ACTIVITES PHYSIQUES				
Activité de sport adaptée (APA)				
Pétanque				
Promenade				
Magasin				
Jardinage				
Autre :				
SORTIES ET ACTIVITES CULTURELLES				
Restaurant				
Exposition				
Aquarium				
Chant, karaoké				
Musique				
Reportage				
Autre :				
JEUX DE SOCIETE, JEUX DE MEMOIRE				
Loto quine				
Dominos				
Mots mêlés, mots fléchés..				
Autre :				

Mes activités dans la vie de l'EHPAD :

- ☐ Pliage de serviette ☐ Mise du couvert ou débarrassage des tables
☐ Calendrier de l'EHPAD (actualisation de la date du jour)
☐ Arrosage des plantes
☐ Autre : _____

Éléments nouveaux concernant les centres d'intérêt pour l'année en cours :

MON CHEZ MOI (PERSONNE RESSOURCE : RESIDENT(E), EQUIPE MEDICALE ET SOIGNANTE)

Souhait de la personne à l'entrée (*explication données sur les indications de chambre individuelle par le MédCo lors de la visite de pré admission* ☐ Cf Contrat de séjour) :

- ☐ Chambre seul ☐ Chambre double ☐ ne peut se prononcer ☐ Indifférent
Je souhaite récupérer la clé de sa chambre : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne peut se prononcer
Je souhaite gérer mes traitements : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne peut se prononcer

Accord du médecin coordonnateur : ☐ Oui ☐ Non

Je souhaite décorer ma chambre : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne peut se prononcer

Éléments nouveaux concernant son chez soi pour l'année en cours :

LES PRESTATIONS DE L'ETABLISSEMENT (PERSONNE RESSOURCE : RESIDENT(E), EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE)

Coiffure : ☐ oui ☐ non Fréquence : ☐ hebdomadaire ☐ mensuelle

Souhait d'une teinture des cheveux : ☐ oui ☐ non

Barbe : ☐ oui ☐ non Fréquence : ☐ hebdomadaire ☐ mensuelle

Pédicure/Podologue : ☐ oui ☐ non Fréquence : ☐ hebdomadaire ☐ mensuelle

Soins esthétiques : ☐ oui ☐ non Fréquence : ☐ hebdomadaire ☐ mensuelle

☐ A la demande

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE (PAP)
du résident à l'EHPAD GABRIEL MARTIN

Entretien du linge : ☐ Résident ☐ Famille ☐ Etablissement

Literie : ☐ Résident ☐ Etablissement

Éléments nouveaux concernant les prestations de l'établissement pour l'année en cours :

PATHOLOGIES MEDICALES ET REPERCUSSIONS SUR LA QUALITE DE VIE (MEDECIN COORDONNATEUR, MEDECIN TRAITANT, EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE)

GIR DE REFERENCE (admission)	GIR ACTUEL (Date : .../ .../.....)	PATHOS
	Valeur :	Date ://

Protection juridique : ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Aucune ☐ en cours
Identité du mandataire : _____

Pathologies actuelles :

Éléments nouveaux concernant les pathologies médicales et répercussions sur la qualité de vie pour l'année en cours :

EVALUATION DES RISQUES (PERSONNE RESSOURCE : MEDECIN COORDONNATEUR, EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE)

Chutes/troubles de l'équilibre :

Fugues/ Disparition :

Dénutrition :

Poids : _____ IMC _____
Modification du poids à : 1 mois : _____ à 6 mois : _____

Albumine : _____g/l

Risque d'harcèlement ou abus de faiblesse (perte de mémoires, handicap physique, troubles psychologiques)

Risque de radicalisation : (interrogatoire notamment de la famille et entourage)

Addictions : ☐ Tabac Fréquence : _____ ☐ Alcool Fréquence : _____

Autres : _____

Sexualité :

Eléments nouveaux concernant l'évaluation des risques pour l'année en cours :

[illegible]

MES CAPACITES (PERSONNE RESSOURCE : RESIDENT(E), EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE)

Les 14 Besoins de Virginia – Henderson

1- Besoin de respirer	1 – Sans gêne 4 – Ventilation assistée.	2 – Dyspnée.	3 – À besoin d’aide technique (aérosol).
2- Besoin de boire et manger	1 -Mange seul. 2 – Installation/stimulation 3 – À besoin d’aide partielle et/ou surveillance. 4 – À besoin d’aide totale (faire manger, nutripompe, etc).		
3- Éliminer	Urines 1 – Continence 2 – À besoin d’aide (wc avec aide, urinal, bassin). 3 – Incontinence jour ou nuit 4 – Incontinence jour et nuit.	Selles 1 – Transit normal. 2 – À besoin d’aide (wc avec aide, bassin, laxatif). 3 – Incontinence, diarrhée, 4 – Incontinence en permanence.	
4- Se mouvoir et maintenir une bonne posture	1 - Se déplace seul. 2 - Se déplace avec aide (canne) ou avec une personne. 3 - Se déplace avec l'aide de deux personnes. 4 - Alité en permanence, lever interdit		
5- Dormir et se reposer	1 - Dort naturellement. 2 - Dort avec aide (médicament). 3 - Réveils fréquents. 4 - Insomnies fréquentes.		
6- Se vêtir et se dévêtir	1 - S'habille, se déshabille seul. 2 - A besoin du conseil d'un tiers, de surveillance. 3 - A besoin de l'aide partielle d'un tiers. 4 - A besoin d'une aide totale.		
7- Maintenir sa température	1 - Adapte ses vêtements à la température ambiante. 2 - Demande à être protégé. 3 - Incapable d'adapter ses vêtements à la température ambiante. 4 - Garde les vêtements qu'on lui enfle.		
8- Être propre, protéger ses téguments	1 - Se lave seul. 2 - A besoin d'être stimulé mais se lave seul. 3 - A besoin d'une aide partielle (une partie du corps). 4 - A besoin d'une aide totale pour se laver.		
9- Éviter les dangers	1 - Lucide. 2 - Confus et/ou désorienté épisodiquement. 3 - Confus et/ou désorienté en permanence. 4 - Coma, dangereux pour lui-même et pour les autres.		
10- Communiquer	1 - S'exprime sans difficulté. 2 - S'exprime avec difficulté (bégaiement). 3 - A besoin d'une aide pour s'exprimer (ardoise, interprète). 4 - Ne peut pas s'exprimer (aphasie), ne veut pas s'exprimer.		
11- Agir selon ses croyances et ses valeurs	1 - Autonome. 2 - Est découragé, exprime sa colère, son angoisse. 3 - Éprouve un sentiment de vide spirituel. 4 - Demande une assistance spirituelle.		
12- S'occuper en vue de se réaliser	1 - Autonome. 4 - Négation de soi, désespoir.	2 - Triste, anxieux.	3 - Angoissé, opposant, se laisse aller.
13- Besoin de se récréer, se divertir	1 - Autonome. 2 - Désintéressement à accomplir des activités récréatives. 3 - Difficulté/incapacité à accomplir des activités récréatives. 4 - Refuse d'accomplir des activités récréatives.		
14- Besoin d'apprendre	1 - Se prend en charge. 3 - Apathique.	2 - À besoin de stimulation. 4 - Refus, résignation	

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE (PAP)
du résident à l'EHPAD GABRIEL MARTIN

LA MISE EN PLACE DES OBJECTIFS DE MON PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE (PERSONNE RESSOURCE : RESIDENT(E), EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE)

Objectifs du projet d'accompagnement personnalisé pour l'année

OBJECTIFS	ACTIONS	REFERENTS	ATTEINTS	POURSUITE	ARRÊT	COMMENTAIRES

VALIDATION DU PAP <i>La validation du PAP vaut avenant au contrat de séjour</i>		
	DATE DE PRESENTATION	SIGNATURE
Le résident/ ou son représentant légal		
Le référent familial (après accord du résident)		
Le Médecin Coordonnateur		
Le Cadre de Santé ou l'IDE Coordonnateur		

Programmation de la réactualisation du PAP :

- Réactualisation annuelle : date et avenant à intégrer au PAP initial :/...../.....
- Révision à chaque modification majeure de l'état de résident : date et avenant à intégrer au PAP initial

Joindre au PAP initial les différentes réactualisations

Documents liés :

- [PAP : processus de déploiement](#)
- [Directives anticipées](#)

Annexes :

Annexe 1 : Formulaire Personne de confiance

Annexe 2 : Formulaires Directives anticipées :

- Personne atteinte d'une maladie,
- Personne en bonne santé,
- Cas particulier
- Annulation ou modification des directives anticipées

Annexe 1 :

EHPAD GABRIEL MARTIN
FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) nom, prénom, date et lieu de naissance

☐ Nomme la personne de confiance suivante :

Nom, Prénoms : -----

Adresse : -----

Téléphone : -----

E-mail : -----

- J'ai rédigé des Directives Anticipées : oui ☐ non ☐
- Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui ☐ non ☐
- Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui ☐ non ☐

☐ Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

☐ Le patient ne peut pas exprimer son choix

Fait à : ----- Le -----

Signature du résident

Signature de la personne de confiance

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

La personne de confiance a d'abord été consacrée par l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique, issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé. Son rôle a été renforcé par les lois n° 2005-310 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Puis la loi du 28 décembre 2015 dite « ASV », comme la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, ont décliné le dispositif de la personne de confiance sanitaire dans le secteur social et médico-social.

La désignation de la personne de confiance, y compris celle spécifique au secteur médico-social, se fait dans les conditions de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique. Ainsi, la personne de confiance peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

La personne de confiance peut être un proche, un parent ou le médecin traitant.

La désignation se fait par écrit et est cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Le rôle de la personne de confiance au sens de l'article L. 1111-6 du CSP

Le rôle de la personne de confiance est double :

- accompagner l'utilisateur, à sa demande, dans ses démarches, et assister aux consultations médicales pour l'aider dans ses décisions ;
- recevoir l'information et être consultée si la personne qui l'a désignée est hors d'état de s'exprimer afin qu'elle rende compte de la volonté de la personne. Cela ne signifie pas que la personne de confiance se substitue au patient, mais que les médecins se doivent de recueillir son témoignage et de l'informer, à cette fin, sur l'état de santé avant tout acte ou traitement, en particulier dans les phases avancées ou terminales d'une affection grave ou incurable, où le témoignage de la personne de confiance prévaut sur tout autre témoignage non médical, à l'exclusion d'éventuelles « directives anticipées ».

La personne de confiance spécifique au secteur médico-social

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est venue consacrer une nouvelle catégorie de personne de confiance, spécifique au secteur médico-social.

Cette personne de confiance a pour missions :

- de donner son avis et d'être consultée au cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits ;
- le cas échéant, d'accompagner l'utilisateur lors de la réalisation de l'entretien préalable à la signature du contrat de séjour prévu à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles ;
- consentir aux échanges d'informations ou s'y opposer lorsque la personne concernée est hors d'état de le faire (art. L. 113-3 CASF) ;
- le cas échéant, accompagner l'utilisateur lors de la réalisation de l'entretien préalable à la signature du contrat de séjour prévu à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles (art. L. 311-4, D. 311-0-4 CASF) ;
- accompagner l'utilisateur dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions (art. L. 311-5-1 CASF) ;
- accompagner dans le cadre de la mise en place d'un projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies (art. D. 312-155-0 CASF).

Elle peut également, si l'usager le désire, remplir les missions spécifiques conférées aux personnes de confiance visées à l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique.

Par ailleurs, l'article D. 311-0-4 du Code de l'action sociale et des familles (issu du décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016) précise les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance dans le secteur médico-social. Il dispose ainsi que 8 jours au moins avant l'entretien mentionné au 5^e alinéa de l'article L. 311-4, le directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui informe la personne accueillie et, le cas échéant, son représentant légal, qu'elle peut désigner une personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1. À cet effet, il lui remet, ainsi que, le cas échéant, à son représentant légal, une notice d'information établie conformément au modèle fixé en annexe 4-10, avec des explications orales adaptées à son degré de compréhension.

Il veille à la compréhension de celles-ci par la personne accueillie.

Annexe 2 :

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je suis atteint d'une maladie grave

J'envisage les décisions qui concernent ma santé quand je serai proche de la fin de ma vie

Je rédige donc les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° A propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie), j'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....
.....
.....

2° A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet :

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable (acharnement), ils peuvent ne pas être entrepris ou bien être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse que soit entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer)
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale
- Une intervention chirurgicale
- Autres actes ou traitements auxquels je pense :

.....
.....
.....

Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer)
- Dialyse rénale
- Nutrition et hydratation artificielles
- Autres actes ou traitements :

.....
.....
.....

Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus, compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....
.....
.....

Fait le à

Signature :

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je pense être en bonne santé.

Je ne suis pas atteint d'une maladie grave.

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° A propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, ou autres, entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible) :

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches:

.....
.....
.....

2° A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet :

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardiorespiratoire, assistance respiratoire, nutrition et hydratation artificielles, etc...) :

.....
.....
.....
.....
.....

Fait le à.....

Signature :

Directives anticipées : CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée) :

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

.....

Qualité :

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Mr. ou de Mme.

Fait le à

Signature :

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité :

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Mr. ou de Mme.

Fait le à

Signature :

MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles à tout moment et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées par vous-même.

Je soussigné(e)

Nom et prénoms:

- Déclare annuler mes directives anticipées datées du

Fait le à

Signature :



EHPAD GABRIEL MARTIN

2, rue du Commerce – 97460 SAINT-PAUL

0262 74 22 70

Fax : 0262 74 23 96

direction@chor.re

www.chor.re