

Ce carnet est destiné aux personnes qui sont amenées à m'accompagner en fin de vie et sera utilisé dans le respect de mes volontés au cas où et tant que je ne suis plus capable de prendre moi-même une décision.

# Conditions d'utilisation

Faire entendre sa voix  
jusqu'au bout de sa vie ...

Pallium

---

J'autorise les personnes suivantes\* à transmettre à (Mr, Mme, Institution) :

\*veuillez désigner la/les personne(s) concernée(s) :

**Section II – Carnet de vie :**

- Volet 1 : éléments importants du vécu personnel
- Volet 2 : qualité de vie
- Volet 3 : affinités spirituelles ou philosophiques
- Volet 4 : transmission de paroles

**Section III – Déclarations de volontés:**

- Déclaration anticipée de volonté relative aux traitements
- Déclaration anticipée d'euthanasie
- Volontés d'après-décès
- Don d'organe
- Don du corps à la science

Commentaire(s) éventuel(s)

Document établi à :

Le :

Nom et prénom :

Signature :

**En cas d'impossibilité physique permanente, je désigne ci-dessous la personne majeure suivante n'ayant aucun intérêt matériel à mon décès, pour rédiger pour moi le présent document.**

- Informations concernant cette personne :

Nom et prénom :

N° de registre national

Date de naissance

 /  / 

Lieu de naissance

Adresse du lieu de résidence

Tél. ou GSM

E-mail

A horizontal light green rectangular bar used to redact information.

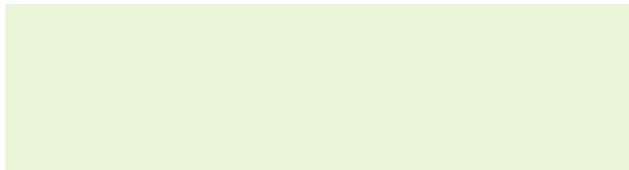
Date et signature de la personne désignée :

A light green rectangular box used to redact information.

Document connu du MANDATAIRE (nom en lettres capitales)

A horizontal light green rectangular bar used to redact information.

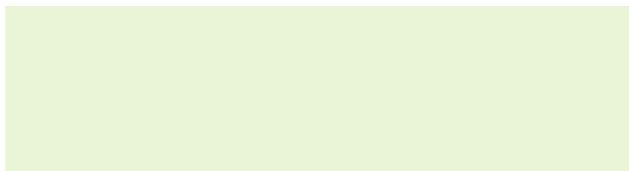
Date et signature du mandataire :

A light green rectangular box used to redact information.

Document connu de la PERSONNE DE CONFIANCE (nom en lettres capitales)

A horizontal light green rectangular bar used to redact information.

Date et signature de la personne de confiance :

A light green rectangular box used to redact information.

Fait en ..... exemplaires, maintenus auprès du déclarant et des personne(s) suivante(s) :

|  |  |
|--|--|
| Nom et prénom : .....                    | Nom et prénom : .....                    |
| Adresse : .....                          | Adresse : .....                          |
| Ville et code postal : .....             | Ville et code postal : .....             |
| Tél. : .....                             | Tél. : .....                             |
| GSM : .....                              | GSM : .....                              |
| Lien par rapport au déclarant :<br>..... | Lien par rapport au déclarant :<br>..... |
| Nom et prénom : .....                    | Nom et prénom : .....                    |
| Adresse : .....                          | Adresse : .....                          |
| Ville et code postal : .....             | Ville et code postal : .....             |
| Tél. : .....                             | Tél. : .....                             |
| GSM : .....                              | GSM : .....                              |
| Lien par rapport au déclarant :<br>..... | Lien par rapport au déclarant :<br>..... |

Afin de respecter l'évolution de mes souhaits par rapport à l'anticipation des soins liés à la fin de ma vie, ce document peut être modifié. Le tableau ci-dessous présente la chronologie des modifications éventuelles.

| Version(s) du document | Date(s) | Signature du déclarant |
|------------------------|---------|------------------------|
| Première Version       |         |                        |
| Modification 1°        |         |                        |
| Modification 2°        |         |                        |
| Modification 3°        |         |                        |