



Désignation d'un représentant thérapeutique

En cas d'incapacité de discernement, je confère à

Nom / Prénom

Adresse

Téléphone privé

Téléphone portable

Courriel

le pouvoir de me représenter pour

- toute décision en matière de soins de santé, y compris l'entrée en institution médico-sociale

 - seulement les décisions suivantes
-
-
-

(par exemple : administration de soins palliatifs, réanimation en cas d'atteinte cérébrale extrême)

Subsidiairement, si M./ Mme _____

ne peut me représenter (prédécès, absence, incapacité de discernement, etc.) ou refuse de me représenter, **je confère à**

Nom / Prénom

Adresse

Téléphone privé

Téléphone portable

Courriel

le pouvoir de me représenter pour

- toute décision en matière de soins de santé, y compris l'entrée en institution médico-sociale
 - seulement les décisions suivantes
-
-
-

Par la présente, je délègue mon médecin, ses auxiliaires, ainsi que les autres professionnels de la santé de leur secret professionnel afin qu'ils puissent informer complètement et de manière appropriée la personne qui me représente.

- Elle respecte mes directives anticipées dans leur dernière version. Lorsque se présente une situation que je n'ai pas envisagée, elle recherche ma volonté hypothétique (en s'inspirant en particulier des valeurs manifestées dans mes directives), et tient compte de mon intérêt objectif.
- Je n'ai pas de directives anticipées. La personne qui me représente exerce son pouvoir en recherchant ma volonté hypothétique et en tenant compte également de mon intérêt objectif.

L'activité déployée par la personne qui me représente est fournie gratuitement.

Document rédigé par

Nom / Prénom

Né (e) le

Adresse complète

Lieu et date

Signature du mandant

Signature du mandataire

Signature du mandataire désigné
à titre subsidiaire