



QUESTIONNAIRE Dernières volontés

Nom et Prénom du résident :

Madame, Monsieur,

Votre famille n'étant pas présente et n'ayant pas désigné de « personne de confiance », c'est donc la direction de l'établissement en collaboration avec le médecin coordonnateur qui se chargera de tout mettre en œuvre pour respecter au mieux vos choix pour votre fin de vie et l'organisation de vos funérailles. C'est pourquoi nous vous demandons d'ors et déjà de répondre à un certain nombre de questions.

• **SOINS PALLIATIFS / FIN DE VIE :**

➤ Vous souhaitez que les soins actifs (hospitalisation, examens médicaux, traitements...) soient réalisés le plus longtemps possible :

Oui Non

➤ Vous ne souhaitez pas de soins actifs mais la mise en place de soins palliatifs (soins de confort, traitement de la douleur...) :

Oui Non

➤ Vous souhaitez l'assistance d'un ministre du culte pour vous accompagner

Oui Non

➤ Souhaitez-vous faire un don d'organe ou un don à la science ?

Oui Non

• **FUNERAILLES :**

➤ Vos choix :

☞ Votre tenue :

☞ Souhaitez-vous garder vos bijoux ? Oui Non

- Choix des pompes funèbres :.....
- Transport de votre corps à la morgue (sans mise en bière) de :.....
- Vous souhaitez être :
Enterré(e) Incinéré(e) :

- Vous souhaitez avoir :
 - ☞ Des funérailles religieuses selon votre religion
 - ☞ Une bénédiction à la morgue
 - ☞ Pas d'intervention d'un ministre du culte

➤ Souhaits particuliers par rapport au déroulement de la cérémonie (musique, textes etc.) :

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

- Vous souhaitez que votre inhumation (corps ou cendres) se fasse :
 - Au cimetière de :
 - Concession N° :.....
 - Au columbarium de :
 - Au jardin des souvenirs de:

➤ Avez-vous d'autres souhaits :

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

Sachez que vous pouvez refaire ce document à tout moment.

Date :.....

Signature du résidant :