

Nom _____ **Dernière mise à jour:**_____
mois jour année

Mes volontés

**Donnez cette
feuille à
l'infirmière.****Je veux que le personnel de l'hôpital connaisse mes
volontés au cas où je ne pourrais plus prendre de
décisions pour moi-même.**

Mandat en cas d'inaptitude

J'ai un mandat en cas d'inaptitude.

 Oui Non

Où sont les copies de mon mandat en cas d'inaptitude?

_____Qui est mon mandataire? _____

Qui connaît mes volontés?

Ces personnes connaissent mes volontés:

_____Pour obtenir de l'aide en matière de planification préalable des soins de
santé, veuillez consulter :www.alzheimer.ca/fr/Living-with-dementia/Planning-for-the-future