





**Représentant administratif**  M.  Mme

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

NPA / Localité \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Curateur  oui, joindre l'acte de nomination  non

**Directives anticipées**  oui  non

**Représentant thérapeutique**  M.  Mme

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

NPA / Localité \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

**Personnes à contacter**

	Personne 1	Personne 2	Personne 3
Nom	_____	_____	_____
Prénom	_____	_____	_____
Lien de parenté	_____	_____	_____
Tél. privé	_____	_____	_____
Tél. portable	_____	_____	_____
Mail	_____	_____	_____
Adresse	_____	_____	_____
NPA / Localité	_____	_____	_____

Date et lieu \_\_\_\_\_

Signature\* \_\_\_\_\_

*\* Par ma signature, j'autorise la transmission des informations utiles aux professionnel-les et institutions du réseau de soins (Hôpitaux, EMS, infirmiers-ères indépendant-e-s, médecins, physiothérapeutes, etc.).*

**A remplir par le centre de coordination uniquement**

Date de réception \_\_\_\_\_

Date du préavis de l'infirmier-ère de coordination \_\_\_\_\_

Visa \_\_\_\_\_

Créé le: 17.04.2019 Propriétaire : RS Validé par : RS/Homes GU : Public Révisé le : --.--.----