

## DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Depuis la loi du 4 mars 2002, vous pouvez désigner, sous forme écrite, un membre de votre entourage en qualité de « personne de confiance ».

Cette personne peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant. Elle pourra, si vous le souhaitez, assister à vos entretiens, au cours de vos consultations ou de votre hospitalisation afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter et les démarches à accomplir.

Sa présence pourra également s'avérer indispensable si vous n'étiez plus en capacité de recevoir les informations médicales, ni de consentir à des actes thérapeutiques. Elle deviendra alors un interlocuteur privilégié et sera consultée obligatoirement par l'équipe médicale pour donner son avis sur le traitement proposé en fonction des impératifs médicaux, de vos convictions et de la loi actuelle. Son avis prévaut sur tout autre avis non médical.

- Cette désignation, facultative, ne peut se faire qu'après discussion et avec l'accord de la personne désignée.
- Cette désignation doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical.
- Cette désignation est valable pour la durée de votre hospitalisation et pour plus longtemps si vous le souhaitez.
- Cette désignation est révocable à tout moment, par écrit : il vous suffit d'en avertir le personnel hospitalier et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.
- La personne de confiance est différente de la « personne à prévenir ».

Je soussigné(e) Mme, Mlle, Mr :.....Né(e) le : .....

Déclare :

Avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.

Avoir reçu l'information sur la personne de confiance et souhaite désigner :

Mme, Mlle, Mr : .....

Il s'agit :  D'un proche  D'un parent  De mon médecin traitant

Demeurant : .....

Téléphone : .....

Qui deviendra personne de confiance.

Fait à : .....

Le : .....

Signature du demandeur :

Signature de la personne de confiance :

En cas d'absence de signature de la personne de confiance, je certifie avoir informé cette personne que je l'ai choisie comme personne de confiance.

**Merci de bien vouloir rapporter cette fiche complétée, et la remettre à votre arrivée à l'infirmier (ère).**

## DIRECTIVES ANTICIPEES

*Loi du 22/04/2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie – Loi Leonetti  
Article L. 1111-11 du Code de la Santé Publique  
Arrêté du 3 août 2016*

Conformément à la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, toute personne majeure a le droit de rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté (dans une situation entraînant une incapacité passagère ou prolongée suite à un accident, à une maladie mentale ou neurologique ou en fin de vie).

- Les directives anticipées sont **un document écrit, daté et signé** (nom, prénom, date et lieu de naissance) et désignent les indications concernant les traitements et les soins, relatifs à la fin de vie, que vous souhaiteriez ou ne souhaiteriez pas recevoir (traitement de la douleur, modalités d'alimentation: d'hydratation, mesures de réanimation, prolongation artificielle de la vie...). Elles seront prises en compte lors d'une décision médicale de limitation ou d'arrêt d'un traitement.
- Si vous êtes dans l'impossibilité de les écrire vous-même, vous pouvez les dicter en présence de deux témoins, dont votre personne de confiance si vous en avez une. Vos témoins devront attester par leur signature qu'il s'agit bien de votre volonté.
- Vous pouvez conserver vous-même vos directives anticipées ou les remettre à votre personne de confiance, à un membre de votre famille, à un proche ou chez un médecin de votre choix.
- Vos directives anticipées sont révisables et révocables à tout moment.
- Si vous souhaitez que vos directives soient prises en compte par l'équipe soignante, vous devez faire mentionner dans votre dossier médical leur existence et les coordonnées de la personne qui les détient (document ci-joint à remplir).

Avez-vous rédigé des directives anticipées ?     Oui     Non

Si oui, **pensez à en apporter une copie lors de votre hospitalisation.** Elle sera jointe à votre dossier.

Vous pouvez, le cas échéant, nous communiquer les coordonnées de la personne qui les détient :

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

**Merci de bien vouloir rapporter cette fiche complétée, et la remettre à votre arrivée à l'infirmier (ère).**