
 ELSAN CLINIQUE SAINT VINCENT	DROITS DES PATIENTS	ENR-INFO-004-01
	FORMULAIRE PERSONNE DE CONFIANCE ET DIRECTIVES ANTICIPEES	02/07/2024
		PAGE 1 SUR 9

VOS DROITS

PERSONNE DE CONFIANCE

-

DIRECTIVES ANTICIPEES

	DROITS DES PATIENTS	ENR-INFO-004-01
	FORMULAIRE PERSONNE DE CONFIANCE ET DIRECTIVES ANTICIPEES	02/07/2024
		PAGE 2 SUR 9

I. DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

En application de la loi n°2002-303 du 4 Mars 2002, modifiée par la loi du 2 février 2016, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. A tout moment, je peux procéder à cette désignation que j'effectuerai par écrit.

Je souhaite désigner une personne de confiance

Patient dans l'incapacité de nommer une personne de confiance. (Case à cocher par un médecin)

Patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Personne de confiance :

Proche Parent Médecin traitant

Lien avec le patient :

Nom : Prénom :

Adresse :

Ville : Code postale :

N° de téléphone :


Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer

Oui Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées

Oui Non

<u>Date et signature du patient :</u> 	<u>Date et signature de la personne de confiance :</u>
---	--

	DROITS DES PATIENTS	ENR-INFO-004-01
	FORMULAIRE PERSONNE DE CONFIANCE ET DIRECTIVES ANTICIPEES	02/07/2024
		PAGE 3 SUR 9

II. DES DIRECTIVES ANTICIPEES, POUR QUOI FAIRE ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés. La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer. Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir.

Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

Deux modèles sont proposés, selon que vous êtes actuellement bien portant ou atteint d'une grave maladie :

Il n'est pas obligatoire de remplir tous les items du modèle et de désigner une personne de confiance. Il est possible de joindre d'autres pages si le document n'offre pas assez d'espace.

- ❖ Un modèle A pour les personnes en fin de vie ou ayant une maladie grave
- ❖ Un modèle B pour les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave

L'utilisation d'un de ces modèles n'est pas obligatoire. Mais elle vous est recommandée afin de vous aider à exprimer clairement vos volontés.

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées : il s'agit d'une déclaration écrite qui précise les souhaits quant à sa fin de vie, dans la mesure où elle ne serait pas capable d'exprimer sa volonté. Elles sont prises en considération pour toute décision concernant l'arrêt/limitation d'un traitement inutile ou le maintien artificiel de la vie. Elles sont révisables ou révocables à tout instant.

	Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées à ce jour
	Je souhaite rédiger de directives anticipées à ce jour

Nom et prénoms :


Né(e) le : à :

Domicilié(e) à :

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre I^{er} du code civil :

j'ai l'autorisation du juge	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
du conseil de famille	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

	DROITS DES PATIENTS	ENR-INFO-004-01
	FORMULAIRE PERSONNE DE CONFIANCE ET DIRECTIVES ANTICIPEES	02/07/2024
		PAGE 5 SUR 9

A. Modèle A : Mes directives anticipées : Je suis atteint d'une maladie grave – Je pense être proche de la fin de ma vie

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° A propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

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

2° A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :


- ❖ Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
- ❖ Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
- ❖ Une intervention chirurgicale :
- ❖ Autre :

Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- ❖ Assistance respiratoire (tube pour respirer) :
- ❖ Dialyse rénale :
- ❖ Alimentation et hydratation artificielles :
- ❖ Autre :

Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

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


	DROITS DES PATIENTS	ENR-INFO-004-01
	FORMULAIRE PERSONNE DE CONFIANCE ET DIRECTIVES ANTICIPEES	02/07/2024
		PAGE 6 SUR 9

3° A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.
En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....
.....

Fait le à

Signature

	DROITS DES PATIENTS	ENR-INFO-004-01
	FORMULAIRE PERSONNE DE CONFIANCE ET DIRECTIVES ANTICIPEES	02/07/2024
		PAGE 7 SUR 9

B. Modèle B : Mes directives anticipées : Je pense être en bonne santé – Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° A propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie

(Par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc... entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible). J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

2° A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....


3° A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

Fait le à

Signature

	DROITS DES PATIENTS	ENR-INFO-004-01
	FORMULAIRE PERSONNE DE CONFIANCE ET DIRECTIVES ANTICIPEES	02/07/2024
		PAGE 8 SUR 9

IV. CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité :

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou M^{me}.....

Fait le à

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)


Nom et prénoms :

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou M^{me}.....

Fait le à

Signature

 ELSAN CLINIQUE SAINT VINCENT	DROITS DES PATIENTS	ENR-INFO-004-01
	FORMULAIRE PERSONNE DE CONFIANCE ET DIRECTIVES ANTICIPEES	02/07/2024
		PAGE 9 SUR 9

V. MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

Ou : Déclare annuler mes directives anticipées datées du

Fait le à

Signature

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier