

A remettre à la sage-femme ou l'infirmière le jour de l'accouchement (ou de l'intervention)

Personne à prévenir (*cette personne doit être majeure*)



**Ne pas envoyer
cette feuille**

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Portable : |__| |__| |__| |__| |__| Domicile : |__| |__| |__| |__| |__|

☐ Je ne souhaite pas inscrire de personne à prévenir

Signature de la patiente (ou représentant légal) :

Directives anticipées (*article L.1111-11 du code de la santé publique*)

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger des directives anticipées pour le cas où, en fin de vie, elle ne serait pas en capacité d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent ses souhaits concernant les conditions de poursuite, de limitation ou d'arrêt de traitement. Elles ont une durée illimitée et peuvent être annulées ou modifiées à tout moment.

J'ai défini des directives anticipées : ☐ OUI ☐ NON

Ma personne de confiance est dépositaire de mes directives anticipées : ☐ OUI ☐ NON

Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées : ☐ OUI ☐ NON

Nous vous invitons à transmettre vos directives anticipées à votre personne de confiance, ainsi qu'à l'équipe soignante qui vous accueillera le jour de votre intervention.

Fait à Le |__| |__| |__|

Signature de la patiente :

Pendant votre séjour, vous pouvez désigner une personne de votre entourage, en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long des soins. Son rôle est distinct de celui de votre « personne à prévenir ». Votre personne de confiance sera consultée au cas où vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information sur votre état de santé. Elle pourra vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions. Cette désignation vaut pour toute la durée de votre hospitalisation. Elle peut être annulée ou modifiée à tout moment en informant par écrit l'établissement.

JE SOUSSIGNE(E), Nom, Prénom :

... DECLARE :

- ☐ Ne pas faire l'objet d'une mesure de tutelle
- ☐ Faire l'objet d'une mesure de tutelle et joindre à ce formulaire l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille

... NOMME la personne de confiance suivante (cette personne doit être majeure) :

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Portable : |_|_|_|_|_| Domicile : |_|_|_|_|_|

E-mail :

Lien avec la personne de confiance désignée :

- **Je l'ai informé** que son nom et ses coordonnées figureront dans mon dossier administratif
OUI ☐ NON ☐
- Souhaiter que cette personne de **confiance m'accompagne dans mes démarches et assiste à mes entretiens médicaux**, ceci afin de mieux m'aider dans mes décisions.
OUI ☐ NON ☐
- 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 ☐

☐ JE NE SOUHAITE PAS DESIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE

Fait à :

Date :

Signature du patient :

Fait à :

Date :

Signature de la personne de confiance :