

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

En application des dispositions de la circulaire du 02 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée et de l'article L1111-6 du Code de la santé publique, vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance.

Cette personne peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant, elle pourra si vous le souhaitez, vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions. Elle sera consultée dans le cas où vous seriez dans l'incapacité d'exprimer votre volonté si vous n'avez pas exprimé de directives anticipées (voir au verso). Cette désignation est valable pour toute la durée de votre hospitalisation.

Cependant, si vous le souhaitez, vous avez la possibilité de la révoquer à tout moment.

Je soussigné(e), M, Mme,ai pris connaissance de la possibilité de désigner une personne de confiance.

- ☐ Je ne désire pas désigner une personne de confiance
☐ Je désire désigner une personne de confiance
☐ Patient en incapacité de désigner une personne de confiance (signature du soignant ci-dessous)

Nom, Prénom de la personne de confiance désignée :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Lien :

Fait à, le

Signature du patient :

Signature obligatoire du soignant en cas d'incapacité pour le patient de signer ou de désigner une personne de confiance :

Fait à, le

Signature de la personne de confiance* :

*A défaut de signature de la personne de confiance, le patient atteste, en signant le présent document, que la personne de confiance a été informée de sa désignation et de son rôle.

DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne majeure a la possibilité de rédiger, pour le cas où elle ne serait plus en état d'exprimer elle-même sa volonté, des directives anticipées. Si la personne ne peut les rédiger elle-même, 2 témoins dont la personne de confiance, attestent qu'elles correspondent à la volonté clairement exprimée par la personne (signatures en bas de page). Elles sont révocables à tout moment. Le médecin traitant peut aider à remplir ces directives. Si vous souhaitez prendre connaissance des textes légaux à ce sujet, ils figurent aux articles L. 1111-11 et R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique. Ils sont accessibles sur le site internet : www.legifrance.gouv.fr.

Je souhaite rédiger mes directives anticipées :

- ☐ **Oui** (je remplis le formulaire au verso de ce document ou un autre document de directives anticipées que je remets à l'équipe soignante et je signe ci-dessous)
☐ **Non** (je signe ci-dessous)

Fait à, le

Signature du patient :

FORMULAIRE DIRECTIVES ANTICIPEES

1. A propos des situations dans lesquelles je pourrais me trouver (ex : coma)

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 :

o J'accepte que l'on me maintienne artificiellement en vie : ☐ **Oui** ☐ **Non**

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, les traitements médicaux 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 :

o J'accepte une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : ☐ **Oui** ☐ **Non**

o J'accepte le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : ☐ **Oui** ☐ **Non**

o J'accepte une intervention chirurgicale : ☐ **Oui** ☐ **Non**

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 :

J'accepte.....
.....

Je refuse
.....

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

Si je me trouve en toute fin de vie, et en particulier si je souffre de douleurs incontrôlables, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée au traitement de ma douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience maintenue jusqu'au décès :

o Je souhaite bénéficier d'une sédation profonde : ☐ **Oui** ☐ **Non**

4. Respect des convictions philosophiques et spirituelles

Je demande le respect de mes convictions philosophiques ou spirituelles et j'aimerais être mis en relation, au moment voulu, avec un ministre de mon culte

Fait à Tarbes, le

Signature du patient :

Signature obligatoire de la personne de confiance si impossibilité pour le patient de rédiger les directives anticipées ou de signer :

Signature obligatoire d'un deuxième témoin si impossibilité pour le patient de rédiger les directives anticipées ou de signer :