

FICHE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE ET RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPEES

Article L.1111-6 du Code de santé publique (Source : HAS – Haute Autorité de Santé)

Vous allez être hospitalisé(e) dans notre établissement et vous êtes majeur(e) ?
Vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner « une personne de confiance »

PERSONNE DE CONFIANCE ET « PERSONNE A PREVENIR »

La personne de confiance n'est pas forcément la « personne à prévenir ».
Toutefois, une seule et même personne peut remplir ces deux fonctions.

- **LA « PERSONNE A PREVENIR »** est appelée en cas de besoin, par exemple pour préparer votre sortie. Elle ne partage pas le secret médical.
- **LA « PERSONNE DE CONFIANCE »** est l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé, ayant devoir de confidentialité.

Elle peut, selon votre souhait :

- partager le secret médical
- vous accompagner dans vos démarches et vos prises de décision
- être consultée dans le cas où vous ne seriez pas capable d'exprimer votre volonté ou de recevoir l'information
- être détentrice de vos directives anticipées si vous les avez rédigées.

QUI POUVEZ-VOUS DESIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE ?

La personne de confiance doit être majeure et peut-être un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant. Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie et de vous assurer de son accord.

Cette désignation doit être écrite. Elle est facultative et n'est valable que pour la durée de cette hospitalisation. Elle est révoquable à tout moment dans ce document. Si vous souhaitez changer de personne de confiance, demander une nouvelle fiche à remplir.

➤ **Je, soussigné(e) :**

Nom : Nom de naissance :
Prénom :
Né(e) le :/...../..... A :

➤ **Désigne une personne de confiance :**

- Ne souhaite pas désigner de personne de confiance
 Désigne une personne de confiance pour la seule durée de mon hospitalisation dans l'établissement

➤ **Si oui, remplir le cadre suivant :**

Nom :	Nom de naissance :
Prénom :	Date et lieu de naissance :
Adresse :	Adresse mail :
Téléphone :	Portable :

➤ **Cette personne de confiance est :**

- Un proche Un parent Mon médecin traitant

Est-elle majeure ? Oui Non

Fait le :/...../.....	A :
Signature du Patient :	Signature de la personne de confiance :

SITUATION PARTICULIERE

- Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire, deux témoins peuvent attester par écrit que la désignation de la personne de confiance, décrite dans ce document, est bien l'expression de votre volonté.

TEMOIN N°1 / Je soussigné(e) :	TEMOIN N°2 / Je soussigné(e) :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Qualité (lien avec la personne) :	Qualité (lien avec la personne) :
Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :	Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :
Fait le : A : Signature :	Fait le : A : Signature :

Cadre réservé au patient pour notifier la révocation ou le changement de désignation de la personne de confiance

- Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée dans cette fiche
 Je souhaite changer de personne de confiance

Date et signature

DIRECTIVES ANTICIPEES

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.

- Si vous n'avez jamais rédigé **vos directives anticipées**, souhaitez-vous le faire ?

Oui (un modèle vous est proposé sur notre site internet et sera à remettre le jour de votre admission).

Non, je ne souhaite pas rédiger mes directives anticipées

- Si vous avez déjà rédigé **vos directives anticipées**, les avez-vous transmises à votre personne de confiance ? (Merci de nous apporter une copie pour l'inclure à votre dossier patient).

Oui, elle les possède

Non, elle ne les possède pas

Fait le :/...../.....	A :
Signature du Patient :	