



En application de l'article L.1111- 6 du Code de la Santé Publique modifié par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (...) qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin (...) Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions... Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation... »

ETIQUETTE PATIENT

PATIENT

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : F M

Adresse :

Code postal : Commune :

Hospitalisé(e) le : / /

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance ce jour

Je désigne une personne de confiance

Cette personne est : un parent conjoint autre (à préciser) :

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

PERSONNE DE CONFIANCE

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : F M

Adresse :

Code postal : Commune :

Tel. : Port. :

Cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation. à tout moment en informant l'établissement par écrit.

Date : / / . Signature :

RÉSERVÉ À LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je certifie avoir été informée de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Date : / / Signature :

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou disproportionnée ou la prolongation artificielle de la vie.

COMMENT LES RÉDIGER ?

Il s'agit donc d'un document écrit, que vous aurez daté et signé. Votre identité doit y être clairement indiquée (nom, prénom, date et lieu de naissance). Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire et de signer vous-même ce document, vous pouvez

demander à deux témoins, dont votre personne de confiance si vous en

avez désignée une, d'attester que le document que vous n'avez pu rédiger vous-même est l'expression de votre volonté libre et éclairée. Vos témoins devront indiquer leur nom et qualité. Leur attestation devra être jointe aux directives anticipées.

Votre médecin peut à votre demande joindre à vos directives anticipées, au moment de leur insertion dans votre dossier médical, une attestation constatant que vous étiez lors de leur rédaction en état d'exprimer librement votre volonté.

DURÉE DE VALIDITÉ

Les directives anticipées sont révocables et révisables à tout moment et par tout moyen.

CONSERVATION

Vos directives anticipées seront le cas échéant conservées dans votre dossier médical. Vous pouvez également conserver vous-même vos directives anticipées ou les remettre à votre personne de confiance, à un membre de votre famille ou à un proche. Dans ce cas, vous devez faire mentionner dans votre dossier médical ou dans le dossier du médecin de ville leur existence et le nom de la personne qui les détient.

ETIQUETTE PATIENT

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Nom d'usage : Prénom :
 Né(e) le : à :

Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées

Énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

.....

Date : / /

Signature :

Bien qu'en état d'exprimer ma volonté, je suis dans l'impossibilité d'écrire et de signer moi-même le document.

Les 2 témoins ci-dessous, attestent que ce document est l'expression de ma volonté libre et éclairée.

TÉMOIN 1

TÉMOIN 2

Nom d'usage : Nom d'usage :

Prénom : Prénom :

Qualité (lien avec la personne) : Qualité (lien avec la personne) :

Date : Date :

Signature : Signature :