

# FORMULAIRE DE DESIGNATION

## LA PERSONNE DE CONFIANCE

En application de la LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 9, relative aux droits des personnes en fin de vie, 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.

Cette désignation vaut pour toute la durée de votre hospitalisation et peut être révoquée à tout moment par vous-même. **La personne de confiance peut être la personne à prévenir en cas d'urgence.**

**Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.** Je reconnais avoir été informé du fait que je peux désigner une personne de confiance à tout moment de mon hospitalisation, par écrit, en remplissant cette fiche.

Fait à :

Le :

Signature du patient

**Je souhaite désigner une personne de confiance**

Monsieur

Madame

Nom d'usage : ..... Nom de naissance: .....

Prénom(s) : ..... Date de naissance : .....

Téléphone mobile : ..... Téléphone fixe : : .....

Cette personne est :  Un proche  Un parent  Mon médecin traitant

Fait à :

Le :

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

**Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée ci-dessus, sans en désigner une autre**

**Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée ci-dessus, et je souhaite en désigner une autre :**

Monsieur

Madame

Nom d'usage : ..... Nom de naissance: .....

Prénom(s) : ..... Date de naissance : .....

Téléphone mobile : ..... Téléphone fixe : : .....

Cette personne est :  Un proche  Un parent  Mon médecin traitant

Fait à :

Le :

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

## LES DIRECTIVES ANTICIPEES

La LOI n°2016-87 du 2 février 2016 relative aux droits des personnes en fin de vie, permet à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées.

- **Qu'est-ce qu'une directive anticipée ?**

Les directives anticipées sont des instructions écrites qu'un patient majeur et conscient donne, de manière libre et éclairée, pour le cas où il serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

Ces directives seront prises en considération avant toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté, pour lequel on envisage l'arrêt ou la limitation de traitements devenus inutiles ou disproportionnés, ou la prolongation artificielle de la vie.

Elles prévalent sur tout autre avis non médical, y compris sur celui de votre personne de confiance.

Les directives anticipées sont modifiables et révocables par vous-mêmes à tout moment.

En l'absence de modification, elles sont valables 3 ans. Au terme de cette durée, vous pouvez les renouveler en les confirmant sur le document initial et en datant et signant à nouveau le document.

Vos directives peuvent être conservées par nos soins dans votre dossier médical.

Vous pouvez également les conserver vous-mêmes, les confier à un tiers, par exemple votre personne de confiance si vous en avez désigné une, ou à votre médecin traitant.

**N'oubliez pas de nous informer de l'existence de ces directives et de nous indiquer le nom et les coordonnées de la personne qui les détient.**

**J'ai des directives anticipées.**

Coordonnées des personnes qui les détiennent :

Monsieur  Madame

Nom d'usage : ..... Nom de naissance: .....

Prénom(s) : ..... Date de naissance : .....

Téléphone mobile : ..... Téléphone fixe : : .....

Cette personne est :  Un proche  Un parent  Mon médecin traitant

**Je n'ai pas de directives anticipées et je souhaite en rédiger**

**Je n'ai pas de directives anticipées et je ne souhaite pas en rédiger**