



FICHE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et 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. Elle est révocable 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. Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation » (article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique)

▪ Je soussigné(e)

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Désigne comme personne de confiance :

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

Cette personne, légalement capable, est : un proche un parent mon médecin traitant

➔ 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

Fait le : à :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :



SAINT CHARLES
CLINIQUE CHIRURGICALE - LYON

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Code de la santé publique : articles L1111-11 à L1111-12 (expression de la volonté des malades en fin de vie)
Code de la santé publique : articles R1111-17 à R1111-20 (rédaction des directives anticipées)

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.

Vos directives anticipées sont révocables à tout moment. Elles seront conservées dans votre dossier médical à la clinique. 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.

Pour vous aidez dans la direction de vos directives anticipées, vous pouvez indiquer si vous le souhaitez certaines volontés :

1 - à propos des situations dans lesquelles je veux ou ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie : j'indique si j'accepte ou si je refuse dans le cas où j'aurais perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches.

.....
.....

2 - à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet : j'indique si j'accepte ou si je refuse de tels actes (réanimation, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles par exemple) :

.....
.....

3 - à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur : j'indique si j'accepte ou si je refuse de bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur (traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès).

.....
.....

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Fait à le

Si vous êtes dans l'impossibilité de rédiger ce document et de le signer, vous pouvez faire attester par deux témoins, que ce document relate bien l'expression de votre volonté libre et éclairée

Nom et signature.....