



**Fiche de désignation de
LA PERSONNE DE CONFIANCE**

N° Dossier :

Etiquette réservée
à l'établissement

Cachet

INFORMATIONS GENERALES A DESTINATION DU PATIENT

Conformément à la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, modifiée par la loi n°2016-87 du 2 février 2016, vous pouvez désigner une **personne de confiance**. Cette personne pourra :

- Vous accompagner dans vos démarches médicales (consultations, entretiens),
- Être consultée si vous n'êtes plus en mesure d'exprimer votre volonté,
- Témoigner de vos souhaits, y compris en l'absence de directives anticipées,
- Recevoir les informations nécessaires pour exercer ce rôle (dans le respect du secret médical).

Cette désignation **n'est pas obligatoire**, elle est **valable pour la durée de votre hospitalisation** ou **au-delà** selon votre souhait, et **révocable à tout moment**, par écrit ou devant deux témoins.

JE SOUSSIGNE(E),

☐ Monsieur

☐ Madame

NOM de naissance : _____ **NOM d'usage :** _____

Prénom(s) : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone(s) : _____ **E-mail :** _____

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

☐ Je déclare avoir reçu l'information sur la désignation d'une personne de confiance (art. L.1111-6 du code de la santé publique)

ET :

☐ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

☐ Je souhaite désigner une personne de confiance, légalement capable

NOM de naissance : _____ **NOM d'usage :** _____

Prénom(s) : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ **E-mail :** _____

Lien avec le patient : ☐ Parent ☐ Proche ☐ Médecin traitant ☐ Autre : _____

☐ **LE PATIENT N'EST PAS EN ETAT DE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

Date : _____ **Nom, prénom, fonction de l'agent :** _____

Signature de l'agent : _____

SIGNATURE DU PATIENT

Je certifie avoir été informé(e) de mon droit à désigner une personne de confiance, de la portée de cette désignation, et de la possibilité de la modifier ou l'annuler à tout moment.

Fait à : _____ **le :** ____ / ____ / 20__

Signature du patient : _____

SIGNATURE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance, et de mon rôle en cette qualité.

Fait à : _____ **le :** ____ / ____ / 20__

Signature de la personne de confiance : _____



Informations

DIRECTIVES ANTICIPEES

QU'EST-CE QUE LES DIRECTIVES ANTICIPEES ?

Les directives anticipées sont un document écrit par lequel vous exprimez à l'avance vos volontés concernant votre fin de vie, dans le cas où vous ne seriez plus en mesure de les exprimer vous-même. Elles sont encadrées par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005, renforcée par la loi n°2016-87 du 2 février 2016. Une note d'information à ce sujet vous est remise au moment de votre admission à la Clinique.

POURQUOI REDIGER DES DIRECTIVES ANTICIPEES ?

Elles permettent de faire connaître vos souhaits concernant :

- La poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitements médicaux, notamment en cas de maladie grave
- La prise en charge de la douleur ou d'une souffrance physique ou psychique
- La qualité de vie que vous souhaitez conserver

Elles guideront l'équipe médicale si vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté.

QUELLE VALEUR ONT CES DIRECTIVES ?

- Le médecin doit les consulter avant toute décision
- Elles s'imposent sauf en cas d'urgence vitale ou si elles apparaissent manifestement inappropriées à la situation médicale
- Elles sont valables sans limite de durée, mais **peuvent être révisées ou annulées à tout moment**

COMMENT LES REDIGER ?

Vous devez :

- Être majeur et capable de discernement
- Rédiger vos volontés par écrit, datées et signées avec vos nom, prénom, date et lieu de naissance
- Si vous ne pouvez pas écrire, deux témoins peuvent attester par écrit de votre volonté, dont éventuellement votre personne de confiance

OU CONSERVER CE DOCUMENT ?

Vous pouvez remettre une copie à votre personne de confiance, un proche, ou votre médecin traitant. Lors de votre hospitalisation, vous pouvez également remettre une copie à l'équipe médicale ou indiquer où il se trouve. Il sera intégré à votre dossier médical.

QUESTIONNAIRE – DIRECTIVES ANTICIPEES

À remplir par le patient :

Nom de naissance : _____ Nom d'usage (le cas échéant) : _____

Prénom(s) : _____ Date et lieu de naissance : _____

☐ Je déclare avoir reçu l'information sur la possibilité de rédiger mes directives anticipées.

1. Statut actuel (cochez la ou les cases correspondantes) :

- ☐ J'ai rédigé des directives anticipées
- ☐ Je n'ai pas rédigé de directives anticipées mais je souhaite le faire
- ☐ Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées pour le moment
- ☐ Je suis sous tutelle (joindre l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille)

2. Si vous avez rédigé des directives anticipées :

Où sont-elles conservées ?

- ☐ Chez ma personne de confiance
- ☐ Chez mon médecin traitant
- ☐ À mon domicile
- ☐ Autre (précisez) : _____

Souhaitez-vous en remettre une copie à la Clinique pour votre dossier médical ? ☐ Oui ☐ Non

3. Souhaitez-vous être accompagné pour les rédiger ?

- ☐ Oui, je souhaite recevoir un formulaire type et des informations supplémentaires
- ☐ Non, je préfère les rédiger seul(e)

Date : ____ / ____ / ____

Signature du patient : _____