

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

En application de la loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 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.

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. A tout moment, je peux procéder à cette désignation que j'effectuerai par écrit.

Je souhaite désigner une personne de confiance.

Cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. « J'ai été informé(e) de la possibilité de révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit la responsable du service de soins ».

Un formulaire est à votre disposition sur demande auprès des équipes soignantes.

Pour les hospitalisations itératives (ex : séances quotidiennes, hospitalisations de jour 1 à plusieurs fois / semaine...), sauf avis contraire de votre part, cette désignation sera considérée comme valide pour toutes ces venues durant 6 mois.

Personne de confiance : Membre de la famille Proche /ami Médecin traitant

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél :

Fait le :

Signature du patient

Fait le :

Signature de la personne de confiance

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées : il s'agit d'une déclaration écrite qui précise les souhaits quant à sa fin de vie, dans la mesure où elle ne serait pas capable d'exprimer sa volonté. Elles sont prises en considération pour toute décision concernant l'arrêt/limitation d'un traitement inutile ou le maintien artificiel de la vie. Elles sont révisables ou révocables à tout instant.

Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées à ce jour

Je joins à ce document mes directives anticipées sur papier libre (Elles doivent comporter votre nom, prénom, date et lieu de naissance et signature. Si vous êtes dans l'incapacité d'écrire, vous pouvez les faire rédiger par un tiers et 2 témoins dont votre personne de confiance doivent attester que ce document est bien l'expression de votre volonté.) Un formulaire est à votre disposition sur demande auprès des équipes soignantes