

## FICHE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE et de la personne à prévenir et information sur les directives anticipées

(ARTICLE L.1111-6 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose. Sa mission ne concerne que votre santé.

Qui peut être la « personne de confiance » ? Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission. Ce peut être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant. Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté, et puisse être votre porte-parole le moment venu. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions mais les vôtres et doit s'engager moralement vis-à-vis de vous à le faire. Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission. Une personne peut refuser d'être votre personne de confiance.

Il est important également que vos proches soient informés que vous avez choisi une personne de confiance et connaissent son nom.

Source : HAS - Haute Autorité de Santé

### Je soussigné(e) :

Nom : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom(s) : .....  
Né(e) le : ...../...../..... A : .....

### Désigne une personne de confiance :

- ne souhaite pas désigner de personne de confiance  
 pour la durée de mon hospitalisation dans l'établissement

### Identité de la personne de confiance :

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	
Nom : .....	Adresse : .....
Nom de naissance : .....	.....
Prénom : .....	Fax / e-mail : .....
Téléphone(s) : .....	.....

### Cette personne de confiance est :

<input type="checkbox"/> Un proche	<input type="checkbox"/> Un parent	<input type="checkbox"/> Mon médecin traitant	<input type="checkbox"/> Autre : .....
Majeure :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

J'ai bien été informé(e) :

- Que cette personne de confiance sera consultée par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable. En dernier lieu, le médecin prendra la décision adaptée ;
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions ;
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance ;
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et par tout moyen (notamment au moyen de la présente fiche) ;
- Que la personne de confiance ne peut pas accéder à mon dossier médical, sauf en cas de mandat exprès de ma part en ce sens.

Fait le : ...../...../.....

à Chambray-Les-Tours

**Signature du patient :**

**Signature de la personne de confiance :**



Personne informée par téléphone le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ par :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) ce formulaire, deux témoins peuvent attester par écrit que la désignation de la personne de confiance, décrite dans ce document, est bien l'expression de votre volonté :

**Témoin n° 1** : Nom ..... Prénom : .....

Qualité (lien avec la personne) : ..... atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : .....

Fait à : ..... Le : ..... Signature :

**Témoin n° 2** : Nom ..... Prénom : .....

Qualité (lien avec la personne) : ..... atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : .....

Fait à : ..... Le : ..... Signature :

A remplir par l'équipe soignante : **le patient étant dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté et en l'absence de témoin, aucune personne de confiance n'a été désignée.**

Nom du soignant : ..... Le : ..... Signature :

**Je soussigné(e) :**

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ...../...../.....

## Cadre réservé au patient pour notifier la révocation ou le changement de désignation de la personne de confiance

**En cas de révocation :** compléter les informations ci-après et remettre la fiche au personnel soignant.

**En cas de changement de désignation :** compléter les informations ci-après, remettre la fiche au personnel soignant et demander une nouvelle fiche à remplir.

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la présente fiche :  Oui

Fait le : ...../...../..... à Chambray-Les-Tours **Signature :**

## Désignation de la personne à prévenir

La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en cas d'événement(s) particulier(s) au cours de votre séjour d'ordre organisationnel ou administratif (ex : transfert vers un autre établissement).

La personne à prévenir n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales.

Je désigne la même personne que la personne de confiance dont l'identité est mentionnée sur cette fiche.

Je désigne la personne suivante :

Nom : .....	Adresse : .....
Nom de naissance : .....	.....
Prénom : .....	Fax / e-mail : .....
Téléphone(s) : .....	.....

**Cette personne à prévenir est :**

Un proche  Un parent  Mon médecin traitant  Autre : .....

Majeure :  oui  non

## Directives anticipées

En tant qu'établissement de Santé, la Clinique Ronsard se doit d'informer les patients hospitalisés qu'ils ont le droit de rédiger des directives anticipées

### Des directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie.

C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre si vous êtes en situation de fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer.

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir.

Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation

→ J'ai été informé de mon droit à rédiger des directives anticipées :  OUI  NON

→ J'ai rédigé des directives anticipées :  OUI  NON

→ Mes directives anticipées sont accessibles à tel endroit :

.....

→ J'ai fait part à ma personne de confiance 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