

**Je soussigné(e) :****Nom de naissance :** **Né(e)** le à☐ **Désigne comme personne de confiance « médicale »**, au sens de l'article 1111-6 du code de la santé publique,**M / Mme****Nom de naissance** **né(e)** le à**Qualité (lien avec la personne) :****Adresse :****Code postal :** **Ville :****Téléphone :** **E-mail :**Il/elle* est habilité(e)², (* : rayer les mentions inutiles),

- à m'accompagner dans mes démarches et à assister à mes entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions,

- à faire valoir mes volontés en matière de santé dans le cas où je ne serais pas en état de m'exprimer.

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 ☐ NonElle possède un exemplaire de mes directives anticipées³ : ☐ Oui ☐ Non

Fait à Montrichard, le...../...../.....

Signature :**Signature de la personne de confiance :**☐ **Ne souhaite pas désigner une personne de confiance, mais certifie avoir reçu l'information²,**

Fait à Montrichard, le...../...../.....

Signature :

Le patient ou le résident ne peut écrire sur cette fiche, mais exprime clairement sa volonté. Cette dernière est enregistrée par :

M./Mme....., fonction

M./Mme....., fonction

Fait à Montrichard, le...../...../.....

Signature :☐ **Impossibilité de désignation d'une personne de confiance²,**

M./Mme, IDE atteste que

M./Mme, né(e) le : ; ne peut pas remplir la feuille.

(Cohérence altérée, inconscient ou état de vigilance altéré)

Fait à Montrichard, le/...../.....

Signature :

L'article L1111-6 du code de la santé publique, relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, donne au patient la possibilité de désigner
UNE PERSONNE DE CONFIANCE

1. Quel est son rôle ?

- Quand le patient est capable d'exprimer sa volonté :

S'il le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

- Quand le patient est dans l'incapacité d'exprimer sa volonté :

La personne de confiance est consultée afin de recevoir l'information et d'exprimer la volonté du patient à sa place.

2. Qui peut la désigner ?

Toute personne majeure hospitalisée ou hébergée (hors majeur sous tutelle).

3. Qui peut être désigné comme personne de confiance :

Tout majeur capable : proche, parent ou médecin traitant.

La personne de confiance diffère de la personne à prévenir en cas de besoin de par son rôle auprès du patient, mais ce peut être la même personne.

4. Comment la désigner ?

La désignation se fait obligatoirement par écrit (cf. fiche de désignation de la personne de confiance) avec signature du patient/résident ou une croix si difficulté à signer.

5. Quand la désigner ?

Lors de toute hospitalisation ou hébergement dans un établissement de santé quelles que soient les circonstances soit à son arrivée, soit au cours d'hospitalisation ou d'hébergement.

6. Temps de validité de la désignation :

Toute la durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement.

Le patient peut modifier son choix à tout moment (cf. fiche de révocation de la personne de confiance).

L'article L1111-11 du code de la santé publique donne aux patients de rédiger
DES DIRECTIVES ANTICIPEES

1. Que sont les « directives anticipées » ?

Ce sont vos volontés exprimées par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie ou si vous êtes dans l'incapacité de vous exprimer.

2. Pourquoi rédiger des directives anticipées ?

Que vous soyez en bonne santé, atteint d'une maladie grave ou non, ou à la fin de votre vie, les directives anticipées permettent de faire connaître au médecin vos volontés : sur la mise en route, le refus ou l'arrêt d'une réanimation, d'autres traitements ou d'actes médicaux, et sur vos attentes. A tout moment, elles sont révisables et révocables.

3. Qui peut les rédiger ?

Toute personne majeure a le droit de les écrire, quelle que soit sa situation personnelle. Mais vous êtes libre, ce n'est pas obligatoire.