

PERSONNE A PREVENIR / PERSONNE DE CONFIANCE / DIRECTIVES ANTICIPEES

En respect de la LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Je soussigné(e),

Nom de naissance : _____ Nom marital : _____

Prénoms : _____

vais être hospitalisé(e) à la Polyclinique de la Thiérache. A cette occasion :

1) PERSONNE A PREVENIR

Je souhaite désigner une personne à prévenir qui pourra être contactée par l'équipe médicale en cas d'urgence, pour organiser ma sortie, pour faciliter mon séjour, mais sans qu'elle ait accès à des informations confidentielles.

Prénom, nom de la personne : _____

Lien avec le(la) patient(e) : _____

Téléphone(s) : _____ // _____

2) DIRECTIVES ANTICIPEES

Les directives anticipées permettent d'écrire vos souhaits concernant votre fin de vie
(lisez le document ci-joint pour en savoir plus !).

Je souhaite informer l'équipe que j'ai rédigé mes directives anticipées et je joins une copie pour l'insérer dans mon dossier ou j'indique les coordonnées de la personne qui les détient :

Prénom, nom : _____

Téléphone(s) : _____ // _____

Je n'ai pas rédigé de directives anticipées mais je souhaite le faire et j'ai besoin d'aide. J'en parle avec mon médecin ou je contacte la psychologue de la polyclinique (je trouve ses coordonnées sur la fiche d'information sur les directives anticipée ou je demande à la secrétaire).

Je ne souhaite pas rédiger mes directives anticipées mais je reconnais avoir été informé(e) sur cette possibilité.

FAIT A _____ LE _____
SIGNATURE (DU PATIENT/DE LA PATIENTE)

3) PERSONNE DE CONFIANCE

Qu'est-ce qu'une personne de confiance ?

(Article L 1111-6 du Code de la Santé Publique)

Il s'agit d'une **personne majeure**, suffisamment **proche de vous** pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant).

En effet, cette personne pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

Sa présence pourra également s'avérer indispensable si vous ne deviez plus être en mesure de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes thérapeutiques. Elle deviendrait alors un **interlocuteur privilégié** et serait **la seule personne consultée par l'équipe médicale** qui pourrait adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.

Cette désignation qui est **facultative**, doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical. Elle dure le temps de votre hospitalisation. Néanmoins, elle est révoquée à tout moment par écrit : il vous suffit d'en avvertir le personnel hospitalier et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

Ce n'est pas nécessairement la même personne que la personne à prévenir.

Je souhaite désigner une personne de confiance, pour la durée de mon séjour, qui me connaît bien et avec qui j'accepterais, si besoin, de partager des informations médicales me concernant. Je dois avoir son accord et je lui demande de remplir le cadre ci-dessous.

Nom de naissance : _____ Nom marital : _____

Prénoms : _____ Age : _____ (Attention : cette personne doit être majeure !)

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone(s) : _____ // _____

Lien avec le(la) patient(e) : _____

CADRE RESERVE A LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en tant que personne de confiance par

(nom et prénom du patient/de la patiente) _____ et j'accepte de remplir ce rôle pour toute la durée de sa prise en charge au sein de la Polyclinique de la Thiérache.

Fait à _____ Le _____

Nom et prénom :

Signature

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

- ✓ Je reconnais avoir été informé(e) de cette possibilité pour la durée de mon séjour.
- ✓ Je pourrai le faire à tout moment, par écrit, si je change d'avis.

FAIT A _____ LE _____
SIGNATURE (DU PATIENT/DE LA PATIENTE)