CHR-DDP-ENR-041	*Formulaire : Mes directives anticipées / Ma personne de confiance*	Version : 2 Date d'application : 17/05/2024

ETIQUETTE PATIENT

ETIQUETTE SERVICE

NOM ET COORDONNEES DE MA PERSONNE DE CONFIANCE (1)

(1) au sens de l'article L.1111 - 6 du code de la santé publique

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « personne de confiance ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Lieu de naissance : .....

Désigne la personne de confiance suivante :

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Adresse : .....

.....

Tél. privé : |__|__|__|__|__| professionnel : |__|__|__|__|__| portable : |__|__|__|__|__|

E-mail : .....

➔ 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 ❒ Non

➔ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : ❒ Oui ❒ Non

Fait le |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Votre signature Signature personne de confiance

à.....

TRACABILITE DE LA RECHERCHE DES DIRECTIVES ANTICIPEES

(1 au sens de l'article L.1111 - 6 du code de la santé

Avez-vous déjà rédigé des directives anticipées avant votre hospitalisation ? ❒ Oui ❒ Non ❒ Non applicable

➔ **Si oui** Qui les détient ? .....

➔ **Si non** Souhaitez-vous rédiger vos directives anticipées ?** .....

.....

Fait le |__|__| |__|__| |__|__|__|__| ..... Signature

***directives anticipées modèle A ou Modèle B*

**arreté du 3 août 2016 - art. LIIII-II*