

DOCUMENT PDC - DA

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

Comme la loi vous le permet (*), vous pouvez désigner, en tant que personne majeure, une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant.

Si vous n'êtes plus en mesure d'exprimer votre volonté, elle sera consultée par votre médecin s'il a des décisions médicales importantes à prendre vous concernant.

Elle rend compte de votre volonté antérieurement exprimée.

Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage en dehors de vos directives anticipées.

Si vous le souhaitez, elle peut vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.

C'est à vous seul(e) de désigner votre personne de confiance et non à vos proches.

Les parties grisées sont à remplir par le patient

1 Je soussigné(e) : Nom :Prénom :Né(e) le :		
<input type="checkbox"/> ne souhaite pas désigner de personne de confiance <input type="checkbox"/> désigne et en informe la personne de confiance citée ci-après <input type="checkbox"/> demande à un agent d'écrire à ma place, selon mes souhaits, le nom de ma personne de confiance :		
Nom : Prénom : Né(e) le : Qualité : Adresse :		
Tél : Portable : Mail :		
Le Signature du patient :	Le : Signature de la personne de confiance :	Le : Signature de l'agent ayant fait la démarche :

2 <input type="checkbox"/> patient jugé inapte à désigner une personne de confiance par l'équipe médicale et paramédicale		
Information recueillie le par : Nom :Prénom : Qualité : Signature :		
Validation médicale le par : Nom :Prénom : Qualité :Signature :		
Détail de la démarche dans le dossier médical.		

REVOCACTION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

3 Je soussigné(e) : Nom : Prénom :	
<input type="checkbox"/> déclare révoquer la personne de confiance désignée au dos <input type="checkbox"/> déclare ne plus vouloir désigner une personne de confiance <input type="checkbox"/> déclare vouloir désigner une nouvelle personne de confiance. Je complète alors un nouveau document <input type="checkbox"/> un agent fait la démarche à ma place car je ne peux pas écrire :	
Le Signature du patient :	Le : Le cas échéant signature de l'agent :

RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

4 Selon la loi (*):

OU

<p><input type="checkbox"/> <i>j'ai rédigé des directives anticipées</i></p> <p><input type="checkbox"/> je précise où elles sont conservées et à qui je les ai confiées : Lieu : A qui :</p> <p><input type="checkbox"/> je donne un exemplaire pour mon dossier médical</p> <p><input type="checkbox"/> ma personne de confiance est au courant de mes directives anticipées</p> <p><input type="checkbox"/> je ne peux pas écrire, un agent m'aide à compléter ce document</p> <p>Le Signature du patient :</p>	<p><input type="checkbox"/> <i>je n'ai pas rédigé de directives anticipées</i></p> <p><input type="checkbox"/> je ne souhaite pas en rédiger</p> <p><input type="checkbox"/> je souhaite en rédiger. Je peux demander un formulaire à ma disposition dans le service ainsi qu'une plaquette d'information</p> <p><input type="checkbox"/> je souhaite me faire aider pour la rédaction. Je fais appel au personnel qui me prend en charge</p> <p>Le : Signature de l'agent :</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5 patient jugé inapte à donner ces informations par l'équipe médicale et paramédicale

Information recueillie le par : Nom :Prénom :
Qualité :Signature :

Validation médicale le par : Nom :Prénom :
Qualité :Signature :

Détail de la démarche dans le dossier médical.

(*) LOI n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
 DECRET n°2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
 Sites internet : www.legifrance.gouv.fr - www.has-sante.fr - parlons-fin-de-vie.fr / Service d'écoute : 08.11.02.03.00