

DIRECTIVES ANTICIPEES ET PERSONNE DE CONFIANCE

C'est quoi ?

Le code de la santé publique précise que les directives anticipées sont des instructions écrites, rédigées à l'avance par une personne majeure et consciente « pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté ». Elles « expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médical ». Elles permettent de mieux anticiper ces situations délicates pour guider l'action des soignants. En renseignant sur la volonté du patient, elles sont susceptibles de diminuer les conflits dans les équipes, mais aussi au sein des familles.

Je soussigné (e).....

1. Souhaite désigner comme personne de confiance

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom marital : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Téléphone : _____

Cette personne de confiance, légalement capable est : le conjoint un parent un proche

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation.

J'ai rédigé des directives anticipées : oui non

La personne de confiance connaît mes directives anticipées : oui non

2. Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner de personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant la fiche de désignation.

INFORMATION PERSONNE ACCOMPAGNANTE ET A PREVENIR POUR LE RETOUR AU DOMICILE

- La présence d'un accompagnant est **obligatoire pour le trajet du retour** au domicile

Nom Prénom : _____ Téléphone : _____

- La présence d'un adulte est **obligatoire au domicile** pendant les premières 24 heures

Nom Prénom : _____ Téléphone : _____

DEMANDE DE CHAMBRE INDIVIDUELLE

Je souhaite réserver une chambre particulière avec sanitaire indépendant, dans la limite des possibilités de ce type d'hébergement, le jour de mon entrée.

J'ai bien noté qu'il s'agit d'une exigence de ma part telle que prévue à l'article L162.22.1 et L162.22.6 du code de la sécurité sociale. En conséquence, j'accepte de payer à l'établissement la somme de **30€ (trente euros)**.

Cette somme n'est pas prise en charge par les régimes de sécurité sociale, mais peut l'être par certains organismes de mutuelles.

Je ne souhaite pas réserver une chambre particulière

COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN TRAITANT

Docteur : Ville : N° tél :

Etiquette patient

Date :

Signature Patient :