

**Vous devez remplir ce formulaire et le rendre aux équipes soignantes au plus tard le lendemain de votre arrivée**

Le patient n'est pas apte à remplir ce formulaire

**Désignation de la personne de confiance**

Selon l'article 1111-6 de la loi du 04/03/2002, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant.

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

Cette personne de confiance pourra également être consultée dans l'hypothèse où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment par le patient lui-même.

Pour tout renseignement complémentaire sur la personne de confiance, s'adresser directement au personnel médical.

**Souhaitez-vous désigner une personne de confiance ?     OUI                       NON**

**Si oui**, compléter la partie ci-dessous :

Nom de la personne de confiance : .....                      Lien de parenté : .....

Prénom de la personne de confiance : .....

Adresse de la personne de confiance : .....

.....

N° téléphone de la personne de confiance : ..... /..... / ..... / ..... /.....

**Directives anticipées**

Dans le cas où, en fin de vie, vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements alors en cours. Leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical, y compris sur celui de votre personne de confiance. On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale (cf. articles L. 1111- 4, L. 1111-11 à L. 1111-13 et R. 1111-17 à R. 1111-20, R. 1112-2, R. 4127-37 du Code de la santé publique).

Pour tout renseignement complémentaire sur les directives anticipées, s'adresser directement au personnel médical.

**Souhaitez-vous rédiger vos Directives anticipées ?                      OUI                                            NON**

**Si oui, merci de faire parvenir vos directives anticipées à l'infirmier de votre service.**

Je certifie avoir pris connaissance des informations mentionnées ci-dessus.

**Le présent formulaire prend effet uniquement si la personne de confiance désignée le signe.**

**Date :** ...../...../.....

<b>SIGNATURE DU PATIENT :</b>	<b>SIGNATURE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :</b>