

**Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce formulaire et de le remettre aux professionnels du centre dans les jours suivants votre admission**

**Désignation de la personne de confiance**

*Selon l'article 1111-6 du Code de la Santé Publique :*

*« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même 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 révocable à tout moment. 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.*

*Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.*

*Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci »*

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

**Si oui, je soussigné(e), M....., désigne la personne de confiance suivante :**

**Identité de la personne de confiance :**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Lien de parenté avec le patient :** .....

**Adresse :** .....

**Téléphone :** ... / ... / ... / ... / ...    **Adresse mail :** .....

**La personne de confiance que j'ai nommée est informée de sa désignation.**

**Directives anticipées**

*Selon l'article 1111-11 du Code de la Santé Publique :*

*« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées 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 médicaux.*

*A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.*

*Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.*

*Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion »*

**Avez-vous rédigé vos Directives Anticipées ?     OUI     NON**

**Si oui :**

**-où sont-elles consultables ?** .....

**-merci de nous remettre un exemplaire.**

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

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

**Signature du patient :**

**Signature de la personne de confiance :**

Le patient n'est pas apte à remplir ce formulaire