



MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e) (Nom, Prénoms)
Né(e) le (date et lieu de naissance)
Domicilié(e) (adresse)
.....

Déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression, et en pleine possession de mes facultés physiques et intellectuelles.

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection incurable quelle qu'en soit la cause ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés, je souhaite (*) :

- que ma personne de confiance soit consultée sur ma volonté de finir dignement ma vie
- qu'on n'entreprenne ni ne poursuive les actes de prévention, investigation ou de soins qui auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie (art. L 1110-5 du code de la Santé Publique)
- que l'on soulage efficacement mes souffrances, même si cela a pour effet secondaire d'abréger ma vie
- autres précisions personnelles :

.....
.....
.....

Fait à (lieu)
Le (date)
Signature



(*) cocher la ou les réponses souhaitées



**FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE
CONFIANCE**

EN APPLICATION DE LA LOI N° 2002-303 DU 4 MARS 2002
RELATIVE AUX DROITS DES MALADES
(Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous êtes hospitalisé(e) à la Clinique Saint Vincent de Paul.
La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 vous donne la possibilité de
désigner une personne de confiance, librement choisie par
vous-même dans votre entourage (conjoint, parent, enfant,
proche, médecin traitant...) et en qui vous avez toute confiance
pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions
à prendre.

Je soussigné(e) (Nom, Prénoms)
Adresse

- Souhaite désigner M, Mme, Melle (Nom, Prénom)
Adresse
Coordonnées téléphoniques : ☎ ☎
Lien avec le patient : pour m'assister en
cas de besoin en qualité de personne de confiance pour la
durée de mon hospitalisation.

J'ai bien noté

- que M, Mme, Melle pourra être
consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne
serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les
soins ou de recevoir l'information nécessaire pour le
faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou
impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou
investigation importante ne pourra être réalisée sans
cette consultation préalable
- qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes
démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens
médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions
- que les informations que je juge confidentielles et que
j'aurai indiquées au médecin ne seront pas communiquées à
la personne de confiance
- qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de
m'assurer de son accord
- que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout
moment.

- Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Visa de la personne désignée comme Fait à
personne de confiance (facultatif) Le
Signature

