

Formulaire de désignation d'une personne de confiance et d'informations sur les directives anticipées

INFORMATIONS

Dans le cadre de votre hospitalisation au sein de notre établissement, vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une « personne de confiance » et une « personne à prévenir ». La « personne de confiance » n'est pas forcément la « personne à prévenir ».

- **la « PERSONNE DE CONFIANCE »** est l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé, et rend compte si nécessaire de votre volonté. Elle peut selon votre souhait :
 - vous accompagner dans vos démarches,
 - assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions,
 - être consultée si vous n'êtes pas capable d'exprimer votre volonté ou de recevoir l'information,
 - être détentrice de vos directives anticipées si vous les avez rédigées.

Qui pouvez-vous désigner comme personne de confiance ? La personne de confiance doit être majeure et peut être un membre de votre famille, un proche ou votre médecin traitant. Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie, de vous assurer de son accord et de lui faire signer le présent formulaire. Cette désignation doit être écrite. Elle est facultative et n'est valable que pour la durée de cette hospitalisation. Elle est révocable à tout moment.

- **la « PERSONNE À PRÉVENIR »** est appelée en cas de besoin, par exemple pour préparer votre sortie. Elle ne partage pas le secret médical.

DÉSIGNATION DE PERSONNE DE CONFIANCE

☐ **Je souhaite désigner comme personne de confiance :** ☐ MADAME ☐ MONSIEUR

NOM

PRÉNOM

CETTE PERSONNE EST : ☐ UN MEMBRE DE LA FAMILLE ☐ UN PROCHE ☐ MON MÉDECIN TRAITANT

ADRESSE

TÉL **EMAIL**

☐ **Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance**

☐ **Je souhaite révoquer*** : **NOM** **PRÉNOM**

comme personne de confiance à compter du

PATIENT(E) :

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

Fait le

À

SIGNATURE

PERSONNE DE CONFIANCE :

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

Fait le

À

SIGNATURE

PERSONNE À PRÉVENIR

La personne de confiance est également la personne à prévenir ☐ OUI ☐ NON

Si non, veuillez indiquer son identité :

☐ MADAME ☐ MONSIEUR **NOM**

PRÉNOM

CETTE PERSONNE EST : ☐ UN MEMBRE DE LA FAMILLE ☐ UN PROCHE ☐ AUTRE

ADRESSE

TÉL. EMAIL

DIRECTIVES ANTICIPÉES

En prévision de mon hospitalisation, j'ai la possibilité de rédiger mes directives anticipées ou mes volontés si je ne suis plus en état de m'exprimer.

Que sont les directives anticipées ? Ce sont vos volontés exprimées par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie si vous êtes dans l'incapacité de vous exprimer. Les directives anticipées permettent de faire connaître au médecin vos volontés : sur la mise en route, le refus ou l'arrêt d'une réanimation, d'autres traitements ou d'actes médicaux, et sur vos attentes. Cette réflexion peut être l'occasion d'un dialogue avec votre médecin ou vos proches.

Quand et comment les rédiger ? Vous pouvez les rédiger à n'importe quel moment de votre vie, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap. Elles sont valables sans limite de temps et vous pouvez les modifier ou les annuler à tout moment.

Vous pouvez écrire vos directives anticipées sur un formulaire (disponible sur le site de la Haute Autorité de Santé) ou sur simple papier daté et signé.

Quelles informations communiquer ? Vous pouvez écrire tout ce que vous ne voulez pas ou redoutez : si vous voulez ou non être maintenu(e) artificiellement en vie, les traitements et techniques médicales que vous ne souhaitez pas (sonde d'alimentation, aide respiratoire...), vos attentes concernant l'aide de soins palliatifs (traitements des douleurs physiques, de la souffrance morale...) mais également les conditions que vous souhaitez pour votre fin de vie (accompagnement, lieu de fin de vie...). Vous pouvez vous faire aider par votre médecin qui vous expliquera les traitements et les options possibles.

Et ensuite ? Si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer, le médecin doit rechercher le plus tôt possible si vous avez écrit vos directives anticipées, en prendre connaissance et les respecter. Si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées, dans tous les cas votre douleur sera traitée et apaisée. Votre bien-être et celui de vos proches resteront la priorité.

- ☐ **Je n'ai pas de directives anticipées et je souhaite en rédiger.**
☐ **Je n'ai pas de directives anticipées et je ne souhaite pas en rédiger.**
☐ **J'ai des directives anticipées et je m'engage à les transmettre à la clinique.**

Merci de cocher obligatoirement l'une des trois options.

PATIENT(E) :

Fait le

À

SIGNATURE

*Pour désigner une nouvelle personne de confiance, un nouveau formulaire doit être complété.

Consentement à la consultation et à l'alimentation de mon Dossier Médical Partagé

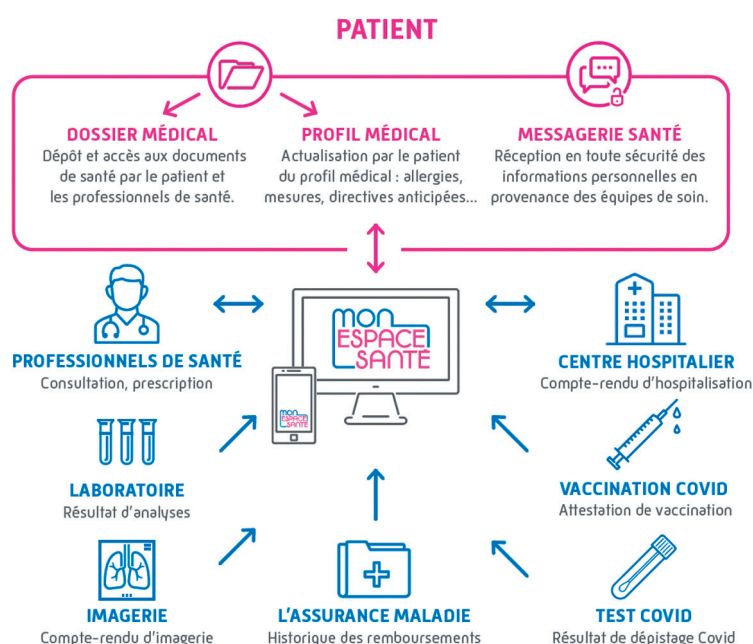
INFORMATIONS

Dans le cadre de votre hospitalisation au sein de notre établissement, l'établissement et l'équipe de soins peuvent consulter et alimenter votre Dossier Médical Partagé (DMP) depuis «Mon espace santé». Cet espace numérique, proposé par l'Assurance Maladie et le ministère en charge de la santé a vocation à devenir le carnet de santé numérique interactif de tous les assurés sociaux. Grâce à ce nouveau service, chacun peut participer activement au suivi et à la préservation de sa santé.

Le dossier médical de mon espace santé permet au patient avec son consentement de partager ses données de santé avec les professionnels qui le prennent en charge. Son alimentation et son usage doit être promu auprès des professionnels. Ils connaissent les différents types de documents à verser dans le DMP. Par ailleurs, l'établissement suit le taux d'alimentation du DMP et met en place l'accompagnement des professionnels nécessaire.

Les documents transmis par l'établissement sont :

- la lettre de liaison de sortie,
- le compte-rendu opératoire,
- les ordonnances de sortie.



Le fonctionnement de Mon Espace Santé

CONSENTEMENT

☐ MADAME ☐ MONSIEUR

NOM DU PATIENT

PRÉNOM DU PATIENT

DATE DE NAISSANCE DU PATIENT

Autorisation donnée pour la consultation du DMP : ☐ OUI ☐ NON

Autorisation donnée pour l'alimentation du DMP : ☐ OUI ☐ NON

SIGNATURE(S)

PATIENT(E) :

Fait le

À

SIGNATURE

REPRÉSENTANT LÉGAL (si nécessaire) :

NOM.....

PRÉNOM.....

Fait le

À

SIGNATURE