



**La personne de confiance
Les directives anticipées**

La personne de confiance : Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique

Vous venez d'être admis au Centre de Médecine Physique et de Réadaptation, et allez y séjourner. Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « **personne de confiance** ». Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant). Cela n'empêche pas que vous puissiez désigner une ou plusieurs autre(s) personne(s) à prévenir en cas de besoin.

En effet, cette personne pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

Sa présence pourra également s'avérer indispensable si vous ne deviez plus être en mesure de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes thérapeutiques. Elle deviendrait alors un interlocuteur privilégié et serait la seule personne consultée par l'équipe médicale qui pourrait adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.

Cette désignation n'est pas obligatoire, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical.

Elle dure le temps de votre hospitalisation. Néanmoins, elle est révoquée à tout moment par écrit : il vous suffit d'en avvertir le personnel hospitalier et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. :Né(e) le

Demeurant :

Téléphone :

Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.

Déclare avoir reçu l'information sur la personne de confiance et souhaite désigner :

Mme, Mlle, M. : (Préciser la nature des relations, ex : mon ami, mon épouse, mon médecin, etc....).....

Demeurant :

Téléphone :

qui deviendra ma personne de confiance.

Les directives anticipées : Article L.1111-11 du code de la santé publique (cf. livret d'accueil p.15)

Déclare avoir rédigé des directives anticipées

Mme, Mlle, M. : (Préciser la nature des relations, ex : mon ami, mon épouse, mon médecin, etc....).....

Demeurant :

Téléphone :

Est dépositaire de ce document

Fait à Le

Signature du patient hospitalisé :

Une fois complété, remettre ce formulaire à l'infirmier(ère) de l'étage pour l'hospitalisation à temps complet ou à la secrétaire médicale pour l'hospitalisation de jour



FORMULAIRE de REVOCATION d'une PERSONNE de CONFIANCE

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. :Né(e) le

Patient(e) au CMPR de Bagnoles de l'Orne

Demeurant :

Téléphone :

Révoque comme personne de confiance à compter du..... (Préciser la nature des relations,

ex : mon ami, mon épouse, mon médecin, etc....)

Mme, Mlle, M. :

Demeurant :

Désigne comme nouvelle personne de confiance durant cette hospitalisation (Préciser la nature des

relations, ex : mon ami, mon épouse, mon médecin, etc....)

Mme, Mlle, M. :

Demeurant :

Téléphone :

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance. Cela vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

Fait à

Le

Signature du patient hospitalisé: