

FORMULAIRE ADMINISTRATIF

Le patient

Nom d'usage : _____ Sexe : F / M
Nom de naissance : _____ Date de naissance : _____
Prénom : _____ Entrée le : _____

Personnes à prévenir (à compléter obligatoirement)

Il s'agit des personnes qui seront contactées en cas d'aggravation de votre état de santé ou pour tout autre nécessité.

Nom Prénom : _____ Nom Prénom : _____
Adresse : _____ Adresse : _____
Téléphone : _____ Téléphone : _____
Lien de parenté : _____ Lien de parenté : _____

La personne de confiance (à compléter obligatoirement)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance.

Quel est son rôle ?

- Vous accompagner tout au long de l'hospitalisation et lors des consultations médicales, afin de vous aider dans vos décisions
- Être obligatoirement consultée par le médecin lorsque vous n'êtes pas en état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information
- Faire connaître vos volontés, si vous n'étiez plus en capacité de vous exprimer

Qui peut être la "personne de confiance" ?

Toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance. Sa mission ne concerne que votre santé. Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission.

Quand la désigner ?

Vous pouvez la désigner à tout moment. Cette désignation est valable pendant toute la durée de votre séjour et révoquant à tout moment.

- Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance (*signature du patient obligatoire*)
- Je souhaite désigner une personne de confiance (*signatures du patient et de la personne de confiance obligatoires*)

Je soussigné(e) _____ (Nom, Prénom, Date et lieu de naissance)

Désigne la personne de confiance suivante :

Nom Prénom : _____
Adresse : _____
Tél. fixe : _____ Tél. portable : _____
Tél. professionnel : _____ Email : _____

Fait à _____ le _____

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

FORMULAIRE ADMINISTRATIF

Les directives anticipées (à compléter obligatoirement)

Article 1111-11 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'actes médicaux. »

Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées.

J'ai déjà rédigé mes directives anticipées.

Merci d'indiquer ci-dessous la personne à qui vous les avez confiées et/ou de les apporter avec vous le jour de votre hospitalisation :

Nom Prénom _____ Téléphone _____

Je rédige mes directives anticipées ci-dessous :

Nous pouvons également vous accompagner dans leur rédaction. Pour cela, n'hésitez pas à en parler à votre médecin ou au responsable de service.

Signature du patient