

## DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE / PERSONNE A PRÉVENIR

Je soussigné (e) :

Nom marital : ..... Nom de jeune fille : .....

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

- Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour.
- Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation.
- Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit la Polyclinique du Val de Sambre en modifiant la fiche de désignation.

**Je souhaite désigner une personne de confiance**

Monsieur                       Madame                       Mademoiselle  
Nom marital : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Age : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone(s): .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

- Un parent (lien de parenté : .....)
- Mon médecin traitant
- Un proche

Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions \*.

J'ai été informé (e) que cette désignation vaut pour toute la durée de ma prise en charge et que je peux révoquer cette désignation à tout moment. Dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit la Polyclinique du Val de Sambre en modifiant la fiche de désignation\*.

**Personne à prévenir en dehors des cas ci-dessus**

Nom, Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Téléphone(s) : .....  
Fait à ..... **Signature du patient** :  
Le .....

**Cadre réservé à la personne de confiance**

Je certifie avoir été informé (e) de ma désignation de personne de confiance

Fait à ..... **Signature** :  
Le .....

# LES DIRECTIVES ANTICIPEES



- J'ai rédigé mes directives anticipées (datant de moins de 3 ans) et je joins une copie pour mon dossier.
- Je n'ai pas rédigé mes directives anticipées et je ne le souhaite pas.
- Je n'ai pas rédigé mes directives anticipées mais je souhaite les rédiger sur le formulaire spécifique et je joins une copie pour mon dossier.

Vous pouvez demander à la secrétaire, la fiche d'information détaillée sur les directives anticipées.

## INFORMATION SUR LES DIRECTIVES ANTICIPEES :

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

### **A quoi servent les directives anticipées :**

Dans le cas où, en fin de vie, vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements alors en cours. Le médecin n'est pas tenu de s'y conformer si d'autres éléments venaient modifier son appréciation. On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.

### **Quelles sont les conditions requises :**

Vous devez être majeur.

Vous devez rédiger vous-même vos directives, elles doivent être datées et signées, vous devez préciser vos noms, prénoms, date et lieu de naissance.

Le document doit être rédigé depuis moins de 3 ans ; vous devez donc les renouveler tous les 3 ans. Pour cela il vous suffit de préciser sur le document portant vos directives que vous décidez de les confirmer et de signer cette confirmation. Les directives sont révocables à tout moment.

**A CONSERVER DANS LE DOSSIER PATIENT**