

### Définition de la personne de confiance

La personne de confiance peut assurer les missions suivantes :

- vous accompagner dans vos démarches médicales et vous assister lors de vos rendez-vous médicaux
- vous aider à prendre des décisions concernant votre santé et participer au recueil de votre consentement.

Dans le cas où votre état de santé ne vous permet plus de donner votre avis ou de faire part de vos décisions, le médecin (ou l'équipe médicale) consulte en priorité la personne de confiance qui doit être en mesure de lui rendre compte de vos volontés.

Vous pouvez désigner une personne de confiance à tout moment.

Toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle peut être désignée personne de confiance. Ce n'est pas forcément quelqu'un de votre famille.

La désignation de la personne de confiance est révisable et révocable à tout moment.

Les pages suivantes vous permettront d'indiquer le nom et les coordonnées de la personne de confiance de votre choix.

### Définition des directives anticipées

Les directives anticipées permettent de faire part expressément et précisément de ses volontés sur la poursuite ou l'arrêt des traitements en fin de vie.

La désignation de la personne de confiance et les directives anticipées ne sont pas obligatoires et peuvent être modifiées à tout moment.

Si vous le souhaitez vous pouvez écrire vos directives anticipées sur la dernière feuille de ce document ou, si vous le préférez, sur un papier libre.

## Formulaire de désignation

Je soussigné(e) (*nom, prénoms, date et lieu de naissance*) :

Désigne, Monsieur / Madame :

Né(e) le :

Résidant :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Lien avec la personne : parent / médecin / proche (*rayez la mention inutile*)

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance, jusqu'à ce que j'en décide autrement.

J'ai bien noté que cette personne

- pourra m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux à ma demande
- pourra être consultée par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre,
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin,
- sera informée par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord
- pourra m'aider à la connaissance et à la compréhension de mes droits

J'ai fait part de mes directives anticipées à cette personne :  Oui  Non

Fait à ..... Le.....

Votre signature :

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment en l'indiquant ci-dessous.

Fait à.....Le .....

Votre signature :

**Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire ce formulaire**

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

**Témoïn 1** : Je soussigné(e) (*nom, prénom*)

Qualité (*lien avec la personne*)

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M

Fait à

Date

Signature :

**Témoïn 2** : Je soussigné(e) (*nom, prénom*)

Qualité (*lien avec la personne*)

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M

Fait à

Date

Signature :

**Vos directives anticipées :**