

# Personne de confiance et directives anticipées

La loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit la désignation d'une personne de confiance (art. L.1111-6 du Code de la santé publique) par les patients, qui le souhaitent, lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation. Elle est faite par écrit et est révoquable à tout moment.

La loi définit ainsi la personne de confiance :

La personne de confiance peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Cette personne peut être différente de la "personne à prévenir" qui vous a été demandé dans le dossier d'admission.

## Identité du patient

Hospitalisation du : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : .....

Désire désigner une personne de confiance :  OUI  NON

## Identité de la personne de confiance

Il est recommandé que le patient s'assure de l'accord de la personne de confiance.

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : .....

Cocher ici, si la personne de confiance est la même que la personne à prévenir

## Expression des directives anticipées

Avez-vous déjà rédigé vos directives anticipées :  OUI  NON

Si OUI, où sont-elles conservées ? .....

Si NON, voici mes présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer.**

1.  **J'accepte** /  **Je refuse** que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches

2.  **J'accepte** /  **Je refuse** que soient entrepris ou continués des actes n'ayant d'autres effets que le seul maintien artificiel de la vie (par exemple : réanimation cardio-respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc...)

Date : .....

Signature du patient

Je décide de révoquer la désignation de Madame, Monsieur .....  
comme personne de confiance.

Date : .....

Signature du patient

