

 CENTRE HOSPITALIER de NIORT	IMPRIME : MA PERSONNE DE CONFIANCE MES DIRECTIVES ANTICIPEES	CHN-DTS-CST-IM-001-001
	Lieu de classement : Services de Soins et Service des Admissions	Version n° 5 MAJ Date : 12/05/2023
Emetteur : DUQ		Pagination : 1/1

JE, **SOUS SIGNE(E)**, M. Mme Prénom.....
 Nom de naissance.....Nom usuel.....
 Date de naissance...../...../.....Lieu de naissance.....
 Adresse :

Je suis sous mesure de tutelle avec représentation à la personne oui non,
 Si oui, je joins l'autorisation du juge des contentieux de la protection ou du conseil de famille existant pour désigner une personne de confiance et/ou pour rédiger des directives anticipées

J'AI LA POSSIBILITE DE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

- Elle pourra **m'accompagner**, à ma demande, dans mes démarches à l'hôpital et pourra **assister** aux entretiens médicaux, ceci afin de **m'aider** dans mes décisions et dans mon cheminement personnel.
- Elle **pourra être consultée par l'équipe** médicale au cas où je ne serais pas en état de m'exprimer, pour rapporter mes propres souhaits pour décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale et concernant les décisions à prendre sur les soins. Sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité de la joindre, aucune intervention, investigation importantes ou arrêt de traitement ne pourront être réalisés sans cette consultation préalable.

Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage, en l'absence de directives anticipées.

J'AI LA POSSIBILITE DE REDIGER DES DIRECTIVES ANTICIPEES

Il s'agit de rédiger mes volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés, en situation de fin de vie, si je ne suis pas en état de m'exprimer.

JE SOUHAITE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE
 POUR LA DUREE DE MON SEJOUR POUR UNE DUREE ILLIMITEE

Ma personne de confiance : M. Mme Prénom.....
 Nom de naissance.....Nom usuel.....
 Date de naissance...../...../.....Lieu de naissance.....
 Adresse :

 Téléphone①...../...../...../...../.....Téléphone②...../...../...../...../.....
 Mail

JE NE SOUHAITE PAS DESIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE

Fait à....., le..... Fait à....., le.....
 Signature du (de la) patient(e) : Signature de la personne de confiance :

LE CAS ECHEANT, RECUEIL IMPOSSIBLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE PAR L'EQUIPE

J'AI DEJA REDIGE MES DIRECTIVES ANTICIPEES

→ j'ai remis un exemplaire à l'équipe soignante qui me prend en charge ouinon

→ Qui détient mes directives anticipées ?

- ma personne de confiance oui non
- mon médecin traitant oui non
- autre (à préciser) :

JE NE SOUHAITE PAS REDIGER DE DIRECTIVES ANTICIPEES

JE REDIGE MES DIRECTIVES ANTICIPEES, MES CHOIX SONT LES SUIVANTS* :

1° à propos des **situations** dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie). J'indique ici notamment si j'accepte ou si 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° à propos des **actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet. La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.**

▶ J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
- Une intervention chirurgicale :
- Autre :

▶ Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) :
- Dialyse rénale :
- Alimentation et hydratation artificielles :
- Autre:

▶ Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus notamment compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....

3° à propos de la **sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur**. En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

Fait le à

Signature du (de la) patient(e) :

LE CAS ECHEANT, RECUEIL IMPOSSIBLE DES DIRECTIVES ANTICIPEES PAR L'EQUIPE

* modèle HAS sur les directives anticipées