

Désignation de la personne de confiance

Document à apporter le jour de votre entrée en clinique

Cadre réservé au patient

Je soussigné (e), Mr, Mme, Mlle

Nom de jeune fille

Prénom(s)

Né(e) le _____ A

Adresse

Téléphone(s)

Portable :

DESIGNATION (Cadre réservé au patient)

En application de la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111.6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Désigne une personne de confiance pour la durée de mon hospitalisation (une seule personne peut être désignée):

Oui

Non

Si oui, remplir les informations ci-dessous concernant cette personne de confiance

Monsieur

Madame

Mademoiselle

Nom marital

Nom de jeune fille

Prénom(s)

Né(e) le _____ à

Adresse

Téléphone(s)

Portable

Cette personne de confiance, légalement capable, est

Un proche

Un parent

Mon médecin traitant

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette décision à tout moment.

Fait à

Signature du Patient

Le

Cadre réservé à la personne de confiance

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

Fait à

Signature de la personne de confiance

Le

REVOCATION (Cadre réservé au patient.)

Je souhaite **révoquer** la personne de confiance désignée sur la présente fiche.

Je souhaite **désigner une nouvelle personne** (Si oui, ouverture d'une nouvelle feuille)

Fait à

Signature du Patient

Le

J'autorise la clinique, en cas de nécessité à pratiquer les sérologies VIH, VHB, VHC Oui Non

DIRECTIVES ANTICIPEES

Comme le précise le décret n°2006-119 relatif aux directives anticipées, 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.

Consignes particulières

- l'attestation doit être écrite, datée et signée de la main de son auteur,
- l'attestation doit nécessairement comporter, en annexe, la photocopie de tout document officiel justifiant de l'identité de l'attestant

Identité de la personne souhaitant déclarer des « directives anticipées »

(A compléter si verso non renseigné)

Nom Prénom

Date et lieu de naissance

Rédaction :

Avez-vous rédigé des directives anticipées ? Oui Non

Si oui, souhaitez-vous qu'elles soient intégrées à votre dossier médical de la clinique Charcot ?

Oui Non

Si non, souhaitez-vous en rédiger ?

Oui Non

Le praticien responsable de votre prise en charge et/ou le cadre du service sont à votre disposition pour de plus amples informations.

Directives anticipées

Fait à Nom et signature

Le

Révocation

Je souhaite annuler l'ensemble des directives anticipées déclarées ci-dessus.

Je souhaite modifier une partie des directives anticipées déclarées ci-dessus ; auquel cas, je rédige un nouveau document « directives anticipées »

Fait à Nom et signature

Le