



# Désignation de la personne de confiance

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

- ✔ Vous allez être hospitalisé à la Clinique Ambroise Paré. Nous allons vous demander de désigner une **personne à prévenir** (voir au dos de cette feuille).
- ✔ Vous avez également la possibilité de **désigner une personne de confiance**, qui sera consultée dans l'hypothèse où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation dure le temps de votre hospitalisation. Néanmoins, elle est révoquée à tout moment par écrit.
- ✔ Vous avez également la possibilité de demander l'**anonymat** si vous souhaitez que votre présence dans notre établissement ne soit pas divulguée.
- ✔ Au sein de l'établissement, nous accueillons des stagiaires (infirmiers, aides-soignants), nous vous demandons votre **autorisation afin que les stagiaires puissent vous prodiguer des soins** dans le respect de leurs compétences et sous couvert d'un professionnel qualifié de l'établissement.
- ✔ Enfin, vous avez la possibilité d'exprimer vos volontés par rapport aux décisions pouvant être prises lors de la fin de vie (voir au verso : **directives anticipées**). Pour toute question ou information sur le sujet, les professionnels sont à votre disposition.

## DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

PATIENT

Je soussigné(e) Mme, Melle, M. .... né(e) le : .....

Demeurant : .....

Téléphone : .....

déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et **ne souhaite pas en désigner une.**

déclare avoir reçu l'information sur la personne de confiance et **souhaite désigner :**

PERSONNE DE  
CONFIANCE

Mme, Melle, M. ....

Demeurant .....

Téléphone : .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche

Un parent

Mon médecin traitant

Le tuteur

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

**Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant le cadre réservé au changement de désignation.**

Fait à ..... Le .....

Signature du patient :

## CADRE RESERVE A LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance et déclare en accepter la charge.

Fait à ..... Le .....

Signature

## Cadre réservé au patient pour la révocation ou le changement de désignation de la personne de confiance

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

Fait à ..... Le .....

Signature du patient

*En cas de révocation : remplir ce cadre et remettre la fiche au personnel soignant*

*En cas de changement de désignation : remplir ce cadre, remettre la fiche au personnel soignant et demander une nouvelle fiche à remplir*

Tournez svp →

## **DESIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR**

Je désigne la même personne que la personne de confiance dont l'identité est mentionnée au recto.

Je désigne la personne suivante :

Mme, Melle, M. \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Cette personne à prévenir est :

Un proche

Un parent (Lien de parenté : \_\_\_\_\_)

Mon médecin traitant

Le tuteur

## **NON DIVULGATION DE PRESENCE** **(ANONYMAT)**

**JE SOUHAITE GARDER L'ANONYMAT ET DEMANDE A CE QUE MA PRESENCE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT NE SOIT PAS DIVULGUEE**

OUI

NON

## **AUTORISATION DE SOINS PAR LES STAGIAIRES**

Je donne l'autorisation aux stagiaires de me prodiguer des soins dans le respect de leurs compétences (stagiaires IDE, AS) et sous couvert d'un professionnel qualifié de l'établissement.

Je refuse tous soins effectués par des stagiaires.

## **DIRECTIVES ANTICIPEES**

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour les cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Elles indiquent les souhaits de la personne en fin de vie concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. Le médecin en tient compte pour toute décision, dans les 3 ans après leur rédaction ». (Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des patients et à la fin de vie)

**AVEZ-VOUS REDIGE DES DIRECTIVES ANTICIPEES :**  **Oui**  **Non**

⇒ Si oui, merci de bien vouloir nous en fournir une copie, qui sera intégrée à votre dossier ou de préciser leur lieu de conservation ci-dessous :

Ma personne de confiance possède un exemplaire de mes directives anticipées,

Mon médecin traitant possède un exemplaire de mes directives anticipées,

Autre, précisez : .....

⇒ Si non, vous avez la possibilité de les rédiger lors de votre hospitalisation.

**JE SOUHAITE REDIGER MES DIRECTIVES ANTICIPEES :**  **Oui**  **Non**

Utilisez le formulaire « Directives anticipées, j'exprime par écrit mes volontés pour ma fin de vie » disponible sur demande auprès des professionnels.