



**MES DIRECTIVES ANTICIPEES**

Je soussigné(e) (Nom, Prénoms) .....  
Né(e) le (date et lieu de naissance) .....  
Domicilié(e) (adresse) .....  
.....

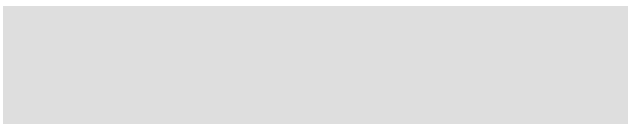
Déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression, et en pleine possession de mes facultés physiques et intellectuelles.

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection incurable quelle qu'en soit la cause ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés, je souhaite (\*) :

- que ma personne de confiance soit consultée sur ma volonté de finir dignement ma vie
- qu'on n'entreprenne ni ne poursuive les actes de prévention, investigation ou de soins qui auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie (art. L 1110-5 du code de la Santé Publique)
- que l'on soulage efficacement mes souffrances, même si cela a pour effet secondaire d'abréger ma vie
- autres précisions personnelles : .....

.....  
.....  
.....

Fait à (lieu) .....  
Le (date) .....  
Signature



(\*) cocher la ou les réponses souhaitées



**FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE  
PERSONNE DE CONFIANCE**

EN APPLICATION DE LA LOI N° 2002-303  
DU 4 MARS 2002 RELATIVE AUX DROITS DES  
MALADES  
(Article L.1111-6 du Code de la Santé  
Publique)

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous êtes hospitalisé(e) à la Clinique Saint Charles. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 vous donne la possibilité de désigner une personne de confiance, librement choisie par vous-même dans votre entourage (conjoint, parent, enfant, proche, médecin traitant...) et en qui vous avez toute confiance pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre.

Je soussigné(e) (Nom, Prénoms) .....  
Adresse .....

- Souhaite désigner M, Mme, Melle (Nom, Prénom) .....  
 Adresse .....  
 Coordonnées téléphoniques : ☎ ..... ☎ .....  
 Lien avec le patient : ..... pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance pour la durée de mon hospitalisation.

J'ai bien noté

- que M, Mme, Melle ..... pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable
- qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions
- que les informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance
- qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord
- que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment.

- Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Visa de la personne désignée comme Fait à .....  
personne de confiance (facultatif) Le .....

Signature

