

Personne de confiance et directives anticipées

- **PERSONNE DE CONFIANCE** (au sens de l'article L.1111-6 du code de la santé publique)

La loi prévoit que la **personne de confiance** que vous désignez puisse **témoigner de vos volontés dans le cas où vous ne pourriez plus vous exprimer**. Elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé **vos directives anticipées** ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

- **DIRECTIVES ANTICIPÉES** (Loi du 22 avril 2005 complétée par la loi du 2 février 2016)

Les **directives anticipées** peuvent être rédigées par une **personne majeure**. Ses directives permettent de porter à la connaissance des médecins, ses **volontés de soins, en particulier sur la question de l'arrêt ou limitation de traitement**. Ces directives anticipées sont prises en compte dans le cas où **le patient ne serait plus en capacité de s'exprimer** sur ses volontés de soins. Elles sont **révisables et révocables** à tout moment et par tout moyen.



Je soussigné(e) (Nom, prénoms, date et lieu de naissance).....

.....

Désigne la personne de confiance suivante,

Nom et prénoms.....

Domicilié(e) à

.....

Téléphone privé :.....Téléphone professionnel :

Téléphone portable : Email :

- J'ai déjà rédigé mes directives anticipées : Oui Non
- J'ai fait part à ma personne de confiance de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer: Oui Non
- Ma personne de confiance possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui Non



- Dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie:
 - J'accepte Je refuse
- La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, certains traitements puissent 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'accepte ces traitements Je refuse ces traitements
- 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 et mon confort :
 - J'accepte ces traitements Je refuse ces traitements

Fait le à.....

Votre signature

Signature de votre personne de confiance



CAS PARTICULIERS

Si vous êtes dans l'**impossibilité physique d'écrire seul(e)** vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant **deux témoins** désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 :

Je soussigné(e) Nom et prénoms :

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.
ou Mme.....

Fait le à

Signature

Témoin 2 :

Je soussigné(e) Nom et prénoms :

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.
ou Mme.....

Fait le à

Signature