

DOCUMENT A REMETTRE A VOTRE ENTREE DANS LE SERVICE DE SOINS



57 Avenue du Berry - 23000 GUERET

Tel: 05-55-51-89-10

Fax: 05-55-51-88-99

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 04 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation de personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

FICHE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e),

NOM marital : NOM de naissance :

PRÉNOM(S) :

DATE de naissance : . . / . . / LIEU de naissance :

ADRESSE :

.....

Téléphone : . . - . . - . . - . . - . . Portable : . . - . . - . . - . . - . .

Admis(e) au sein de la clinique de la Marche à compter du . . / . . / pour la durée de son hospitalisation ou de son traitement.

Je souhaite désigner comme personne de confiance

NOM marital : NOM de naissance :

PRÉNOM(S) : Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin...).....

DATE de naissance : . . / . . / LIEU de naissance :

ADRESSE :

.....

Téléphone : . . - . . - . . - . . - . . Portable : . . - . . - . . - . . - . .

➤ Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.

➤ J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation et que je peux révoquer cette désignation à tout moment en informant par écrit l'établissement.

Signature de la personne de confiance

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance : bien qu'ayant été informé(e) de la possibilité de le faire. J'ai également été informé(e) qu'à tout moment je peux procéder à une désignation en informant l'établissement par écrit.

Fait à :, le . . / . . /

Signature du patient :



57 Avenue du Berry - 23000 GUERET
Tel: 05-55-51-89-10
Fax: 05-55-51-88-99

DIRECTIVES ANTICIPEES

NOM marital : NOM de jeune fille :

PRÉNOM(S) :

DATE de naissance : . . / . . / LIEU de naissance :

Loi N°2016-87 du 02 février 2016 ART L.11111-11.

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux ». Elles sont limitées dans le temps mais, à tout moment et par tout moyen révisables et révocables.

Avez-vous rédigé des directives anticipées ?

OUI

Si tel est le cas, merci de nous les adresser afin qu'elles soient conservées dans le dossier médical

NON

Pas en mesure de s'exprimer