

**FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE ET D'UNE
PERSONNE A PREVENIR**

(Art. L.1111.6 du code de santé publique)

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Lors de votre séjour, vous avez la possibilité de désigner une personne de votre entourage en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner dans vos démarches, assister aux entretiens médicaux et vous aider dans vos décisions.

Sa présence s'avérerait également indispensable si vous n'étiez plus en mesure de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes thérapeutiques. Elle deviendrait alors un interlocuteur privilégié et serait susceptible d'être consultée, pour avis, par l'équipe de soins.

Cette désignation dure le temps de votre hospitalisation. Néanmoins, elle est révoquée à tout moment par écrit : il vous suffit d'en avertir le personnel administratif et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

Nous vous informons que la désignation d'une personne de confiance n'est pas une obligation.

☐ **Je souhaite désigner en qualité de personne de confiance :**

☐ Madame ☐ Monsieur	Adresse :
Nom et Prénom :	CP/Ville :
Téléphone(s) : ou	Lien avec le patient :

☐ **Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.**

LA PERSONNE A PREVENIR

La personne à prévenir est la personne que vous souhaitez prévenir en cas de nécessité ou de problème particulier au cours de votre séjour. La personne à prévenir et la personne de confiance peuvent être une seule et même personne.

☐ **Je souhaite que la personne de confiance soit également la personne à prévenir.**

(Si vous cochez cette case, vous n'avez pas à remplir l'encadré de la personne à prévenir ci-dessous)

☐ **Je désigne en qualité de personne à prévenir :**

☐ Madame ☐ Monsieur	Adresse :
Nom et Prénom :	CP/Ville :
Téléphone(s) : ou	Lien avec le patient :

Le :/...../.....
Signature du patient :

Signature de la personne
de confiance (**obligatoire**)

Une fois rempli et signé, ce document est à remettre à un membre de l'équipe administrative soit lors de votre rendez-vous de consultation avec le médecin anesthésiste réanimateur soit lors de votre arrivée le jour de votre examen au Centre Endo Nord Isère. Ce document est obligatoire pour votre admission à l'examen.



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 qu'elle 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 poursuivre les actes de prévention, investigations 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'abrégé ma vie.
- ☐ Ne souhaite pas rédiger de DIRECTIVES ANTICIPEES
- ☐ Autres précisions personnelles :

Fait à

Le

Signature :

(*) Cocher la ou les réponses souhaitées

Pour les patients venant pour une chirurgie ophtalmique, merci de noter ci-dessous les dates de(s) (l') intervention(s) :

Date 1^{er} intervention :

Date 2^{eme} intervention :