

**DOCUMENT À REMETTRE AU SOIGNANT  
LORS DE VOTRE HOSPITALISATION À L'INSTITUT ARNAULT TZANCK**

# Je désigne une personne de confiance...

Vous pouvez, si vous le souhaitez, être accompagné dans vos démarches médicales d'une **personne de confiance**. La désignation d'une personne de confiance n'est pas une obligation mais un droit (*loi du 4 mars 2002 art.L1111-6 du CSP*).

- Je souhaite désigner une personne de confiance.  
 Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

J'ai bien noté que ma personne de confiance :

- Pourra être consultée par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins, leur poursuite, leur limitation ou leur arrêt.
- Pourra assister aux entretiens médicaux et vous aider dans vos décisions concernant les actes médicaux.
- N'aura pas accès à mon dossier médical car le secret médical n'est pas levé vis-à-vis de la personne de confiance, toutefois en cas de diagnostic grave, elle pourra recevoir les informations nécessaires pour me représenter.

Je, soussigné(e) (Madame, Monsieur) : \_\_\_\_\_

Désigne : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Lien de parenté (parent, ami, médecin) : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance.

Date : \_\_\_\_\_ Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

**Cas particulier :** Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester que la désignation de la personne de confiance, décrit dans le formulaire ci-dessus, est bien l'expression de votre volonté

Témoïn 1	Témoïn 2
Nom prénom : Lien (parent, ami, médecin) :	Nom prénom : Lien (parent, ami, médecin) :
Signature :	Signature :



## DOCUMENT À REMETTRE AU SOIGNANT LORS DE VOTRE HOSPITALISATION À L'INSTITUT ARNAULT TZANCK

# Je rédige mes directives anticipées...

Vous allez être hospitalisé. En cas d'évènement grave et /ou imprévu, si votre état ne vous permettait pas de vous exprimer, il serait utile de connaître votre avis sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt des traitements. Cela permettrait à l'équipe médicale de prendre des décisions qui respecteraient au mieux votre volonté.

La rédaction de directives anticipées n'est pas une obligation mais un droit (loi du 4 mars 2002 art.L1111-11 du CSP). Vous pourrez les annuler ou les modifier à tout moment, elles sont valables pour une durée illimitée.

Dans le respect de la loi Léonetti, l'équipe médicale s'engage dans tous les cas :

- A soulager les souffrances par tous les moyens disponibles.
- A s'abstenir de toute obstination déraisonnable telle que pratiquer des investigations ou des soins disproportionnés, en regard de la situation.

Je, soussigné (Madame, Monsieur) : \_\_\_\_\_

Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées

J'ai rédigé mes directives anticipées et elles sont disponibles :

Je précise l'endroit où elles sont conservées : \_\_\_\_\_

Ou bien je les ai confiés à M ou Mme \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Je souhaite rédiger mes directives anticipées (Copie à conserver dans le dossier médical) :

Le modèle « DIP.04.PC.02.ENR.01 » est disponible directement sur le site

<https://saintlaurentduvar.tzanck.org/directives-anticipees.html> ou auprès des professionnels de santé de l'institut

Date : \_\_\_\_\_

Signature du patient ou de la personne de confiance : \_\_\_\_\_

**Cas particulier :** Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire des directives anticipées, deux témoins dont la personne de confiance peuvent attester que la rédaction des directives anticipées, décrit dans le formulaire ci-dessus, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin 1	Témoin 2
Nom prénom : Lien (parent, ami, médecin) :	Nom prénom : Lien (parent, ami, médecin) :
Signature :	Signature :