DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Version 2. 07/01/2019

Polyclinique de Limoges

NOM DU PATIENT ..... PRÉNOM .....

Pour la durée du séjour

☐ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas en désigner, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

☐ Je souhaite désigner une personne de confiance

☐ Monsieur ☐ Madame

NOM marital : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénoms : .....

Date et lieu de naissance : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

Cette personne de confiance, légalement, est : ☐ Un parent ☐ Un proche ☐ Mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions. ☐ OUI ☐ NON

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de son séjour. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à : ..... Le : ..... /..... /..... Signature

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoie été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance

Fait à : ..... *Le :* ..... /..... /..... *Signature :*

☐ *Personne de confiance désignée mais non disponible pour signature*

Site Chénieux 05 55 45 40 40
18, rue du Général Catroux - 87039 Limoges Cedex

Site Emailleurs-Colombier 05 55 43 38 69
1, rue Victor Schoelcher- 87000 Limoges

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Version 2. 07/01/2019

Polyclinique de Limoges

NOM DU PATIENT

.....

PRÉNOM

.....

Loi N°2016-87 du 02 février 2016 ART L.1111-11.
« 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 illimitées 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 fournir afin qu'elles puissent être conservées dans votre dossier médical *ou* si vous ne souhaitez pas les fournir, merci de nous préciser qui en est le détenteur.

☐ Non

☐ Pas en mesure de s'exprimer

Fait à : .....

Le : ..... /..... /.....

Signature :

Site Chénieux 05 55 45 40 40
18, rue du Général Catroux - 87039 Limoges Cedex

Site Emailleurs-Colombier 05 55 43 38 69
1, rue Victor Schoelcher- 87000 Limoges