

**FORMULAIRE DE
DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
ET PERSONNES A PREVENIR**

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

NOM MARITAL / NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM(S) :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

LIEU DE NAISSANCE :/...../.....

DESIGNE COMME PERSONNE(S) A PREVENIR :

| NOM | Prénom | Téléphone 1 | Téléphone 2 | Lien de parenté ou autre lien |
|-----|--------|-------------|-------------|-------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

A DÉSIGNÉ UNE PERSONNE DE CONFIANCE (compléter les informations ci-dessous)

N'A PAS DÉSIGNÉ UNE 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. Ceci n'est pas une obligation. Toutefois, si je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, je sais qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à **en informer l'établissement par écrit**, en remplissant une fiche de désignation.*

NOM MARITAL / NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM(S) : **TELEPHONE :**/...../...../...../.....

ADRESSE :

ADRESSE MAIL :@.....

Cette personne est : un proche un membre de la famille mon médecin traitant

*J'ai été informé que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette personne à tout moment et, dans ce cas, je m'engage à **en informer l'établissement par écrit**, en remplissant la fiche de changement de désignation.*

J'ai été informé que l'établissement prendra contact avec la personne désignée afin de recueillir son accord.

Fait à Montpellier, le

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Personne de confiance absente lors de l'admission => Personne de confiance contactée le/...../..... par téléphone ou mail : accepte la désignation refuse la désignation injoignable/aucun retour

**FORMULAIRE D'INFORMATION SUR
LES DIRECTIVES ANTICIPEES**

Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 (Loi Léonetti) et décret n°2016-1067 du 03 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2016-87 du 02 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

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'acte médicaux (Article L1111-11 du Code de la santé publique).

Les directives anticipées sont valables pour une **durée indéterminée**.

Elles peuvent être écrites sur un texte libre également.

À tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables.

Je n'ai pas de directives anticipées mais je souhaite les rédiger.

Un flyer d'information est remis au patient pour le guider dans cette démarche et il est invité à les renseigner sur son Espace Santé.

Si le patient souhaite être aidé dans cette démarche, il est informé qu'un référent sur l'établissement peut l'accompagner.

J'ai des directives anticipées.

Je les ai laissées :

- A mon médecin traitant : Dr Tél :
- A ma personne de confiance (Cf. fiche de désignation de la personne de confiance)
- Sur mon DMP (Dossier Médical Partagé) / Mon espace santé
- Autres :

Je les détiens et je souhaite communiquer une copie à l'établissement : OUI NON

Je n'ai pas de directives anticipées, et ne souhaite pas en rédiger.

J'atteste avoir reçu l'information concernant mon droit à rédiger mes directives anticipées qui est également reprise dans le livret d'accueil qui m'est délivré.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CONCERNANT L'ACCES AU DMP

J'autorise les professionnels de santé habilités de la Clinique Fontfroide à consulter mon Dossier Médical Partagé en cas besoin. Je m'y oppose.

J'autorise la clinique Fontfroide à alimenter mon Dossier Médical Partagé sur mon espace santé avec les documents utiles à mon suivi médical. Je m'y oppose.

Date :/...../20.....

Signature du patient :