

# DIRECTIVES ANTICIPEES INCITATIVES EN PSYCHIATRIE

## PERSONNE CONCERNEE ET PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné-e .....

né-e le ...../...../..... à .....

désigne comme personnes de confiance, en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles :

	Nom / Prénom	Contact (n° de mobile)	Nature du lien	Rôle
<b>Personne de confiance</b>				
<b>Personne à prévenir n°1</b>				
<b>Personne à prévenir n°2</b>				
<b>Personne à prévenir n°3</b>				

Afin de faire valoir les directives anticipées ci-rédigées, avec mon consentement lors de sa rédaction. Etant entendu que les directives anticipées incitatives en psychiatrie n'ont pas de valeur contraignante pour les proches et les soignants.

Fait le ..... / ..... / ..... à ..... seul-e ou avec / en présence de : (nom·s, prénom·s du/des témoin·s) .....

Nom, prénom et signature de la personne de confiance .....

**IMPORTANT :** Je suis capable de décider sauf quand (présentez les situations, « états », signes indiquant que vous devez laisser quelqu'un décider pour vous/que vous préférez « passer le relais à une personne de confiance) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**SIGNES AVANT-COUREURS AMENANT A LA CRISE**

- 1 - 3 -  
2 - 4 -

Nouveaux signes (« mise à jour ») :

.....  
.....  
.....

**CE QUI M'AIDE (A METTRE EN LIEN AVEC LES SIGNES AVANT-COUREURS)**

- 1 - 3 -  
2 - 4 -

**CE QUI NE M'AIDE PAS (A METTRE EN LIEN AVEC LES SIGNES AVANT-COUREURS)**

- 1 - 3 -  
2 - 4 -

**SIGNAUX DE FIN DE CRISE, QUAND ÇA VA MIEUX**

- 1 - 3 -  
2 - 4 -

**EN CAS DE MISE EN DANGER (AUTO OU HETERO AGRESSIVITE)**

**A FAIRE**

**A NE PAS FAIRE**

- -  
- -  
- -

**!!! EN CAS DE CRISE !!!**

**CE QUI M'AIDE**

**CE QUI NE M'AIDE PAS**

<hr style="border: 1px solid black;"/>	<hr style="border: 1px solid black;"/>
--	--

## TRAITEMENTS OU SOINS QUI M'AIDENT / NE M'AIDENT PAS

### LES TRAITEMENTS QUI M'AIDENT, QUI PEUVENT ETRE UTILISES

*(Relatif à l'article 1111.4 du Code de la Santé Publique sur le choix du traitement)*

Traitement/Soin	Posologie	Usage/effet	Remarque

### LES TRAITEMENTS QUI NE M'AIDENT PAS, QUI NE DOIVENT PAS ETRE UTILISES

Traitement/Soin	Posologie	Usage/effet	Remarque

**JE SOUHAITE ETRE CONDUIT·E DANS UN LIEU DE SOIN :**      OUI       NON

**LIEUX DE SOIN (HOPITAUX, CLINIQUES, SERVICES, ETC.) OU JE VEUX ETRE PRIS·E EN SOIN**

- -
- -
- -

**Remarques :** .....

.....

.....

.....

**LIEUX OU JE REFUSE D'ETRE PRIS·E EN SOIN**

- 
- 
- 

Remarques : .....

.....

.....

.....

**SI JE REFUSE TOUT LIEU DE SOIN**

Détailler la solution envisagée : où je préfère aller ; Avec qui ? Ce qu'il faut faire, etc.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**PAR QUI JE SOUHAITE / PAR QUI JE REFUSE D'ETRE ACCOMPAGNE·E**

**PERSONNEL MEDICAL**

*(Relatif à l'article 6, R.4127-6 du code de la santé publique sur le choix du médecin)*

Par qui je veux être accompagné·e

Par qui je refuse d'être accompagné·e

- |   |   |
|---|---|
| - | - |
| - | - |
| - | - |

**PERSONNEL PARAMEDICAL (INFIRMIERS ...), MEDIATEURS, TRAVAILLEURS SOCIAUX, ETC.**

Par qui je veux être accompagné·e

Par qui je refuse d'être accompagné·e

- |   |   |
|---|---|
| - | - |
| - | - |
| - | - |

**AUTRES REMARQUES PERSONNELLES, CHOSES A SAVOIR, NOTES...**

.....

.....

.....

.....

.....

.....