

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
Personne de confiance				
Personne à prévenir n°1				
Personne à prévenir n°2				
Personne à prévenir n°3				

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/>	<hr/>
-------	-------

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...

.....

.....

.....

.....

.....

.....