



45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 49000643

Madame, Monsieur,

Vous avez décidé de faire une demande d'admission dans notre établissement et nous vous en remercions. Le centre « Les Euménides » propose une étape dans le parcours de soin à toute personne ayant une addiction aux substances psychoactives (alcool, drogues, médicaments). Une équipe pluridisciplinaire vous accompagne durant ce séjour pour un projet de soins personnalisé, dans le cadre d'une prise en charge globale (individuelle et de groupe).

Pour constituer ce dossier, nous vous remercions de remplir et de nous retourner les documents suivants :

- Fiche de demande médicale,
- Lettre de préparation au séjour,
- Fiche de renseignements socioprofessionnels,
- Les règles de fonctionnement signées,
- Désignation de la personne de confiance signée,
- Désignation des directives anticipées,
- Copies de l'attestation de la carte vitale et de mutuelle :

Merci de vérifier avant votre entrée que votre couverture santé est à jour (CSS/mutuelle) afin de vous assurer que votre hospitalisation sera prise en charge, auquel cas vous serez redevable de frais d'hospitalisation.

Sans mutuelle, sachez que vous serez redevables de 47,26 € euros par jour de reste à charge.

L'étude de votre dossier sera complétée par un entretien téléphonique, et d'une consultation médicale suivie d'une visite du centre, afin de nous assurer de l'adéquation entre vos attentes et nos prestations de soins. La décision de vous accueillir ainsi que la date d'admission vous seront communiquées le plus rapidement possible. Lors de votre admission au centre, il est souhaitable que vous ne soyez ni alcoolisé, ni sous l'emprise de drogues. La dépendance physique est une contre-indication à l'admission, vous devez être sevré.

NB : Dans le cadre des risques médico-légaux, il vous sera demandé lors de votre consultation médicale de ne pas venir seul avec votre véhicule personnel en cas de consommation de toute substance psychoactive pouvant modifier le comportement. Le cas échéant, le médecin contactera votre personne ressource nommée ci-dessous ou un VSL/Taxi pour vous reconduire à votre domicile. Vous vous engagez à respecter cette procédure dès votre venue au sein de l'établissement.

Je soussigné M./Mme

désigne une **personne ressource** M./Mme

N° de téléphone :



Pour votre séjour, vous aurez besoin de :

- Une tenue de sport appropriée
- Des chaussures de sport, de marche
- Nécessaire obligatoire pour balnéothérapie : maillot de bain, drap de bain, bonnet de bain, claquettes
- Un cahier
- Un porte-documents
- Un nécessaire de toilette (serviettes de toilette, produits d'hygiène)
- Vêtement de pluie
- Tasse ou mug
- Lessive.

Pour toutes activités s'effectuant sur un tapis, vous devrez vous munir d'un grand drap de bain (balnéothérapie, psychomotricité, relaxation...)

Merci d'apporter votre carnet de santé et carnet de vaccinations.

Prévoir un mode de paiement si vous souhaitez louer la télévision (selon le contrat, la mutuelle prend parfois en charge ces frais).

Penser également à de la monnaie pour les distributeurs de boisson.

N'apportez pas vos médicaments, sauf demande exceptionnelle du médecin.

L'établissement vous les fournit.

L'équipe soignante.



FICHE DE DEMANDE MÉDICALE

SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION EN ADDICTOLOGIE HOSPITALISATION COMPLETE

ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR :

DATE DE LA DEMANDE :

DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE :

PATIENT

Nom & prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Date de naissance

SITUATION MEDICALE

Histoire clinique résumée, diagnostic et autres renseignements utiles pour la prise en charge :

Substances et/ ou comportements :

Ancienneté de l'addiction :

Éléments de sévérité (médicaux, sociaux, professionnels) :

Patient demandeur de soins spécifiques :

Sevrage déjà tenté :



45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 49000643

FICHE DE DEMANDE MÉDICALE (suite)

Autres informations :

Patient stabilisé :

Antécédents, médicaux, chirurgicaux :

Comorbidités actives :

Le patient est-il connu par une équipe pluridisciplinaire ? :

TRAITEMENT

Traitement prévisible à poursuivre :

Traitement	Posologie	Observation
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Demande effectuée par (Nom et fonction),

Date

Signature :



45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 49000643

LETTRE DE PRÉPARATION AU SÉJOUR EN SMRA

Afin de mieux vous connaître, nous vous demandons de nous adresser cette lettre.

NOM **PRÉNOM**

Date de naissance

Précisez ce qui vous semble important, en lien avec votre dépendance, dans votre parcours de vie (âge première consommation, effets recherchés, début de la dépendance, évènements...) et dans votre parcours de soin (postcure, suivi en addictologie...)

Vos consommations :

	actuelles	antérieures
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiacé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS

☎ : 02 52 09 22 04

FINESS : 49000643

LETTRÉ DE PRÉPARATION AU SÉJOUR EN SMRA (suite)

2. Avez-vous des personnes sur lesquelles vous pensez pouvoir compter ?

Que souhaiteriez-vous évoquer de celles-ci ?

3. En quoi ce séjour est-il important aujourd'hui ?

4. Qu'est-ce que vous souhaiteriez de différent dans l'avenir ?

5. Avez-vous actuellement des centres d'intérêt (Loisirs, sport, cinéma, lecture, etc.) ?

OUI NON

Si oui, lesquels ?

Si non, en avez-vous eu par le passé ?

6. Quelle est la durée du séjour que vous estimez nécessaire ?

7. Chambre double : Oui Non Peu importe

(nous ne pouvons pas garantir l'accessibilité à une chambre particulière, ce sera selon les chambres disponibles à votre admission)



FICHE DE RENSEIGNEMENT SOCIO-PROFESSIONNELLE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Tél. :

Adresse :

N° sécurité sociale :

Nom du médecin traitant :

Existe-t-il un suivi social et/ou éducatif ?

OUI NON

Si oui, nom, fonction et coordonnées de la personne qui assure ce suivi :

Êtes-vous sous :

Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Demande en cours Non

Nom du tuteur ou curateur Coordonnées

MODE DE VIE – SITUATION FAMILIALE

Célibataire En couple Veuf(ve)

Nombre d'enfants Age des enfants

Nombre d'enfants à charge Vivant avec vous Autre situation

Relations familiales :

Coopérantes avec qui

Absentes avec qui

Conflictuelles avec qui

Notre programme thérapeutique s'appuie sur vos ressources ainsi que celle de votre famille, vos amis et vos proches. Merci de nous indiquer, si vous le souhaitez, des personnes qui peuvent vous accompagner dans votre démarche :

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Lien de parenté	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Lien de parenté	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Lien de parenté	<input type="text"/>

Avez-vous des contacts avec un mouvement d'entraide ?

OUI actuellement OUI dans le passé NON

Si oui, lequel ?

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Niveau d'études collège/lycée CAP/BEP baccalauréat bac + 2 plus de bac +2



FICHE DE RENSEIGNEMENT SOCIO-PROFESSIONNELLE

Avez-vous une mutuelle? : Oui Non (Pensez à contacter votre mutuelle pour connaître les modalités de prise en charge pour l'hospitalisation).

Profession

Vous avez une activité professionnelle :

Emploi occupé
En arrêt de travail : Date de début de l'arrêt

Vous n'avez pas d'activité professionnelle :

En recherche d'emploi retraité RSA

Allocation adulte handicapé Invalidité

Ressources provenant d'un tiers

Autre, à préciser

Avez-vous un dossier déposé à la banque de France (surendettement) ?

SITUATION JUDICIAIRE

Êtes-vous soumis à des contraintes particulières au niveau de la justice ? OUI NON

Si oui, de quelle nature :

Obligation de soins Injonction de soins

Attente d'un jugement Attente de mesures d'incarcération

Nom de votre référent SPIP s'il y a lieu :

LOGEMENT

Propriétaire Locataire Sans domicile fixe

Dans la famille Chez des amis

En structure collective Laquelle

Autre

Si vous êtes sans domicile fixe, quelles démarches avez-vous engagées pour un logement et/ou un hébergement à la sortie du centre ?

Une personne vous accompagne-t-elle dans ces démarches ? OUI NON

Si oui, Nom, Fonction et coordonnées de la personne qui assure ce suivi :



Madame, monsieur,

Dans le cadre de votre parcours de soins, vous êtes accueilli(e) au Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation Les Euménides polyvalent et spécialisé dans les conduites addictives.



Le livret d'accueil qui vous a été remis à votre arrivée contient tous les renseignements pratiques utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'établissement, n'hésitez pas à vous y référer ou à vous adresser aux professionnels qui répondront à toutes vos interrogations.

Vous avez entre les mains le règlement de fonctionnement de l'établissement qui précise les conditions dans lesquelles vont se dérouler votre séjour.

Ce document fait état des droits et libertés qui sont les vôtres, mais également des règles et des obligations qui ont été mises en place afin de permettre le respect de chaque individu dans son parcours de soin.

Nous vous demandons de bien prendre connaissance de ce règlement de fonctionnement afin de vous engager à respecter l'ensemble des règles qui sont énoncées et décrites dans ce document.

SOMMAIRE

- **Ce que toute personne fréquentant LES EUMÉNIDES doit savoir (patient hospitalisé ou visiteur)**
- **Partie 1** : Vie collective et institutionnelle
- **Partie 2** : Respect des locaux et du matériel
- **Partie 3** : Vos effets personnels
- **Partie 4** : Visites des membres de votre entourage
- **Partie 5** : Les permissions de sortie en cours de séjour
- **Partie 6** : Consommation de substances (alcool et autres substances psycho actives)
- **Partie 7** : Hospitalisation complète en SMRA
- **Partie 8** : Situation de non-respect du règlement intérieur
- **Ce que toute personne fréquentant LES EUMÉNIDES doit savoir (Patient hospitalisé ou visiteur)**

L'accompagnement des personnes ayant une problématique addictive est une des principales missions du centre SMR LES EUMÉNIDES.

De ce fait, nous sommes particulièrement vigilants au respect des interdictions de consommer du tabac en dehors des zones dédiées, ainsi que l'interdiction d'introduire et de consommer alcool ou toute autre substance psychoactive.





**Respect de la loi
concernant le tabac :**

En référence à la loi du 15/11/2010, il est interdit de fumer dans les lieux à usage collectif (chambre comprise). Ainsi que le décret n° 2017-633 du 25 avril 2017, précisant les modalités d'application de la loi santé de 2016, il est interdit de vapoter dans les bâtiments.



INTERDICTION DE FUMER

- À l'intérieur de l'établissement
- Sur la terrasse de la salle à manger au RDC
- Sur la terrasse de l'hôpital de jour au RDC
- Sur la terrasse du premier étage.



De même l'utilisation de la cigarette électronique est interdite dans tous les espaces non-fumeurs

- L'établissement dispose de ZONES FUMEURS**
- ➔ Zones matérialisées autour de la mare à l'extérieur
 - ➔ Terrasse du 2^e étage



Un accompagnement au changement concernant votre consommation de tabac vous sera proposé à votre admission et à tout moment au cours de votre séjour si vous le souhaitez.

Le droit à l'image pour le respect de tous

La prise d'image (photo ou vidéo) de professionnels, patients, proches ou visiteurs ainsi que leur diffusion sans leur autorisation sont INTERDITS.

Photographier ou filmer sans son consentement l'image d'une personne se trouvant à l'hôpital ou transmettre son image (même sans diffusion) est constitutif d'une atteinte à la vie privée. Cette prise d'image est susceptible d'être sanctionnée





Sécurité incendie : La sécurité des personnes vise la protection de l'intégrité physique des usagers, des personnels et des tiers présents dans l'enceinte de l'établissement. L'ensemble des dispositions de sécurité générale et de fonctionnement spécifique a vocation à y concourir. Pour cela l'ensemble du bâtiment est équipé d'un système de détection d'incendie.

Les patients, les personnels et visiteurs sont invités à ne pas gêner le fonctionnement des portes coupe-feu. Les consignes de sécurité pour l'évacuation en cas d'incendie sont affichées dans l'établissement.

Nos amis les animaux ne sont pas autorisés à pénétrer dans les locaux communs, ni dans les chambres.



colibri@info



Partie 1 : Vie collective et institutionnelle

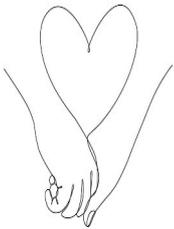
Tenue et hygiène :

Une tenue vestimentaire décente marquera votre considération pour le personnel et les autres personnes hospitalisées. Vous veillerez à votre hygiène corporelle.



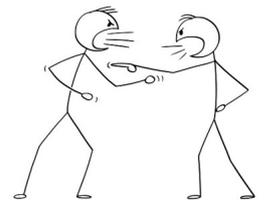
Attitude et comportement :

Vous devez veiller au maintien d'une attitude correcte (comportement, gestes, paroles ...) vis-à-vis des autres patients, du personnel de l'établissement et à vous exprimer sans agressivité physique et/ou verbale. Une attitude de non-jugement et de respect d'autrui est attendue.



Relations entre patients :

L'existence de relations conflictuelles et/ou sentimentales entre patients présents simultanément peut mettre en question la poursuite des soins, si ces relations mettent en difficulté la cohérence du groupe.



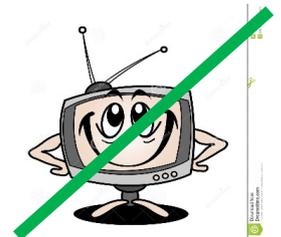
Téléphone portable

L'utilisation de votre téléphone portable est limitée : nous vous demandons de l'éteindre durant les entretiens, les ateliers et les repas.



Télévision :

Après 22 heures, le son de votre téléviseur doit être réduit à un niveau acceptable pour le confort de vos voisins de chambre.



Repas : Pour les patients dont l'autonomie le permet, le service des repas se fait en salle de restauration.

Vous veillerez à respecter les horaires de repas :

Le matin :

En chambre : 7h30 – 8h15

En salle de restauration : 7h45 – 8h30

Le midi : 12h30 – 13H15

Le soir :

En chambre : 18h30 – 19h15

En salle de restauration : 19h -19h45



Emmener en salle à manger pour sa consommation personnelle ou pour les partager, des denrées personnelles périssables ou non n'est pas autorisé.

On veut parler ici de moutarde, tabasco, ketchup, sauces diverses, cornichons, sucreries...



Partie 2 : Respect des locaux et du matériel



Les locaux et les bâtiments :

Vous devez respecter l'ensemble du matériel et des locaux mis à votre disposition par l'établissement. Il vous sera demandé de porter une attention particulière au rangement et à la propreté des salles d'activité et des espaces communs

Aucune dégradation des locaux n'est permise. Toute dégradation volontaire ou disparition est soumise à dédommagement de votre part.

Horaires d'ouverture du bâtiment LES EUMENIDES

L'accès au SMR des EUMENIDES se fait par l'entrée principale de 8H45 à 17H30 du lundi au vendredi



L'entrée dans le bâtiment en dehors de ces horaires sera possible par la porte donnant sur la terrasse de la salle à manger du rez-de-chaussée de 6H30 le matin à 20H30 le soir.

En dehors de ces horaires, et si vous devez sortir du bâtiment, vous devrez le signaler au personnel soignant et vous devrez sonner à l'entrée principale pour entrer de nouveau.

Toute sortie de l'enceinte de l'établissement sera soumise à une autorisation de permission. L'enceinte de l'établissement comprend la zone EUMENIDES et la zone des CAPUCINS et est délimitée par un portail vert.

Votre chambre est votre espace personnel durant votre séjour, cependant :

- Vous veillerez à ce qu'elle reste propre, rangée et accessible, notamment pour le jour de ménage.
- Vous pouvez en autoriser l'accès à d'autres personnes que vous, mais après 22H cela n'est plus possible et l'équipe soignante sera garante de votre présence en chambre pour la nuit à 23h.



Ne sont pas autorisés, les branchements d'appareils électriques, type bouilloires, cafetières, téléviseurs et autres ustensiles électriques à l'exception des rasoirs électriques, sèche-cheveux et brosse à dent électriques

Par mesure d'hygiène, il est interdit de conserver dans votre chambre, des denrées alimentaires périssables nécessitant d'être conservées dans un frigo. Les denrées personnelles ne sont pas acceptées en salle de restauration



Pour rappel, il est strictement interdit de fumer et/ou vapoter dans les chambres

nels



Objets de valeurs, liquidité :



- Nous vous demandons par mesure de prévention de ne pas emmener d'objets de valeurs et/ou d'argent liquide.
- Sachez qu'un coffre est à votre disposition
- La direction ne pourra être tenue pour responsable en cas de vols ou de problématique financière entre plusieurs patients

Réception de colis ou de courriers

En cas de colis postaux ou courriers qui vous seraient adressés et réceptionnés à l'accueil des EUMENIDES, sachez que le contenu devra être vu par un membre de l'équipe soignante. Vous serez donc invité à ouvrir ce colis/courrier en présence d'un membre de l'équipe.



Si vous venez avec votre véhicule :



- Le stationnement de celui-ci se fera sur un parking visiteur qui se situe à l'extérieur de l'établissement.
- En fonction de votre contrat de soin, une limitation de l'utilisation de votre véhicule peut être convenu avec l'équipe soignante.
- La direction décline toute responsabilité en cas de dégradation ou vol de votre véhicule.



Partie 4 : Visite des membres de votre entourage

Vos familles, vos amis et tous les membres de votre entourage peuvent vous rendre visite avec votre accord, en respectant les temps de repas l'organisation des soins.

Les horaires de visite : 14 H à 19H

En aucun cas, les visites ne peuvent avoir lieu pendant les soins et ce que soit le soin (soins infirmiers, consultations, ateliers...).

Lorsque votre état le justifie, la présence d'un accompagnant peut-être autorisée en dehors des heures de visite.



Les visiteurs doivent à tout moment respecter les règles d'hygiène, de sécurité, d'intimité et de repos des patients.

A cet effet :

- Ils évitent les conversations bruyantes et le fonctionnement des appareils sonores
- Lors de l'exécution des soins ou de la visite du médecin, ils quittent les chambres
- Ils n'introduisent pas dans l'établissement des boissons alcoolisées, des médicaments et autres produits psychotropes
- Par mesure de sécurité et pour respecter les régimes alimentaires prescrits, ils n'apportent pas de denrée périssable dans l'établissement
- Ils s'abstiennent de fumer dans les locaux et dans l'enceinte de l'établissement à l'exception des zones fumeurs matérialisées à l'extérieur.

Si un visiteur remet au patient des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, qui ne seraient pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit ou conforme aux règles d'hygiène en vigueur dans l'établissement, le cadre soignant du service peut, dans l'intérêt du patient, s'y opposer.

Si ces obligations n'étaient pas respectées, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourraient être décidées par le directeur après avis du médecin responsable.



Partie 5 : Les permissions de sortie en cours de séjour

- Vous pouvez, si vous le souhaitez formuler une demande pour sortir de l'établissement auprès de l'équipe médicale et soignante au moins 72 H à l'avance.
- Une nuit est possible à l'extérieur si votre état de santé le permet.
- À votre départ et lors de votre retour, vous devez vous présenter au bureau des soignants, quelle que soit la durée de la permission.
- En cas de retard, nous vous demandons de prévenir l'équipe au numéro suivant : 02 52 09 22 04
- Les piluliers fournis qui ne sont pas rendus lors des permissions vous seront facturés.



Toute sortie de l'enceinte de l'établissement sera soumise à une autorisation de permission. L'enceinte de l'établissement comprend la zone EUMÉNIDES et la zone des CAPUCINS et est délimitée par un portail vert.



En cas de non-respect de ces règles de permissions, même justifié, vous pourrez être déclaré « sortant » et dans ce cas, vous ne pourrez être admis de nouveau dans l'établissement qu'avec renouvellement des formalités administratives d'entrée et dans la limite des places disponibles.



Partie 6 : Consommation de substances (Alcool et autres substances psycho actives)

Sont interdits dans l'établissement :



- L'introduction et/ou la consommation de toute boisson alcoolisée (alcool alimentaire ou non alimentaire)
- L'introduction et/ou la consommation de tout produit illicite (y compris le cannabis)
- L'introduction et/ou la consommation de CBD
- L'introduction et/ou la consommation de médicaments hors prescription médicale.

À tout moment de votre séjour, l'équipe des EUMÉNIDES peut réaliser un inventaire de vos effets personnels en votre présence.

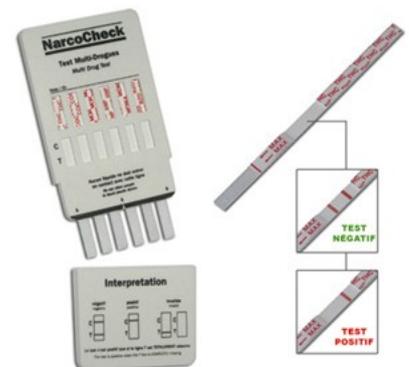


Toute substance psychoactive (hors tabac) retrouvée dans l'enceinte de l'établissement sera détruite.



L'équipe des EUMÉNIDES peut vous demander à tout moment de souffler dans l'éthylomètre et/ou de vous soumettre à des prélèvements biologiques (salivaires, urinaires ou sanguins).

Un refus de votre part sera considéré comme un non-respect des règles de





Partie 7 : Vous êtes hospitalisé au SMRA LES EUMÉNIDES

- Vous devez participer à l'ensemble du programme de soin. Tous les ateliers du programme de soins sont obligatoires sauf en cas de contre-indication médicale et/ou décidée en accord avec l'équipe soignante.
- Les visites de vos proches doivent se faire en dehors des temps d'ateliers thérapeutiques.
- Les permissions sont possibles à partir de 7 jours effectués dans la structure. Selon votre jour d'admission, ce sera le mercredi ou le samedi, l'après-midi.
Concernant les permissions de week-end : possibilité de sortie une journée le deuxième week-end et deux jours avec une nuit à compter du troisième week-end.
- Vous pourrez bénéficier d'une semaine séquentielle. Il s'agit d'un temps de sortie de l'établissement pouvant aller de quelques jours à une semaine. Cela sera évoqué avec vos référents pendant le séjour.

Partie 8 : SITUATION DE NON- RESPECT DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR



Le non-respect des règles décrites dans ce document entraînera la révision des modalités d'accompagnement pouvant aller jusqu'à mettre fin à votre séjour.



Cas particulier : Dans le cas d'un retour de permission au volant de son véhicule en étant alcoolisé (éthylotest positif).

- **Utiliser son véhicule ne sera plus autorisé pour les permissions suivantes – La permission restera possible mais en étant véhiculé par un membre de l'entourage ou en transport en commun.**



Vous êtes majeur(e) : vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une **personne de confiance** que vous choisirez librement dans votre entourage (Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades).



En quoi ça consiste ?

En quoi peut-elle
m'être utile ?

- Pour **exprimer vos propres souhaits** si vous n'êtes plus en mesure de vous exprimer.
- La personne de confiance pourra être consultée si vous n'êtes pas en capacité de donner votre avis.
- Pour **vous accompagner** dans vos démarches et assister à vos entretiens médicaux.

Quand la désigner ?

- Vous pouvez désigner une personne de confiance à **tout moment**. La désignation de celle-ci est révisable et révocable à tout moment.
- **A chaque hospitalisation**, il vous sera proposé(e) de désigner une personne de confiance.
- **La désignation faite lors d'une hospitalisation n'est valable que pour la durée de celle-ci.**

Qui puis-je désigner ?

- Toute personne de votre entourage **en qui vous avez confiance** et **qui est d'accord** pour assumer cette mission : parent, conjoint(e), compagne(on), ami, médecin traitant...
- Des conditions particulières s'appliquent en cas de protection juridique (www.santé.gouv.fr).

Comment la désigner ?

La désignation doit se faire **par écrit**. Il est indispensable de mettre le **nom** et les **coordonnées de la personne**. Pour s'assurer que la personne désignée est prévenue est en accord avec cette mission, elle devra **co-signer** ce document.

Quelles sont les limites d'intervention ?

- La personne de confiance a un rôle consultatif. Le médecin référent reste décisionnaire.
- La personne de confiance ne pourra pas obtenir communication de votre dossier médical (à moins que vous lui fassiez une procuration en ce sens).



DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) (nom prénom)

Né(e) le

- Ne souhaite pas désigner une personne de confiance
 L'état de santé du (de la) patient(e) ne lui permet pas de désigner une personne de confiance
 Désigne en tant que personne de confiance

Nom Prénom :

Qualité

Adresse

Code Postal Ville :

Téléphone fixe Téléphone portable :

- Certifie l'avoir informée de sa désignation en tant que personne de confiance et avoir obtenu son accord.

Note

Patient
Date :
Signature :

Personne de confiance
Date :
Signature :



FICHE INFORMATION DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Vous êtes hospitalisé aux Euménides. Ce peut être le moment de prendre des décisions importantes, qui pourront vous être utiles un jour. Les prendre aujourd'hui évitera que d'autres les prennent ce jour-là à votre place, sans que vos volontés puissent être respectées faute de les connaître. (Loi Clayes-Leonetti du 02/02/2016).

Définition :

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure et consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou de l'arrêt de traitement.

Comment faire ?

Il s'agit d'un document écrit que vous aurez daté et signé. Votre identité doit y être clairement indiquée (Nom, prénom, date et lieu de naissance).

Si vous êtes dans l'incapacité d'écrire vous pouvez les dicter en présence de deux témoins dont la personne de confiance qui attesteront que les directives anticipées sont bien conformes à votre volonté libre et éclairée.

Durée de validité :

Elles sont modifiables ou révocables partiellement ou totalement à tous moments.

Document valable maintenant sans limite de durée.

Conservation du document :

Vous pouvez les conserver chez vous, ou chez la personne de votre choix (personne de confiance, proche, famille, médecin traitant, etc.)

En cas d'hospitalisation, il est souhaitable de prévenir les soignants de l'existence de vos directives anticipées, de qui les détient, voire de leur remettre afin qu'elles soient conservées dans le dossier médical le temps de votre hospitalisation. (A défaut une photocopie est tolérée)

Les directives anticipées ne sont pas un testament. Elles ne vous permettent pas de régler votre succession qui doit être consignée dans un document à part et faire objet d'autres démarches.



45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 49000643

Directives anticipées

Je soussigné(e) (nom prénom) :

Né(e) le :

à :

Énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

Fait à :

le :



45 BOULEVARD JEAN SAUVAGE CS 60028 49055 ANGERS
☎ : 02 52 09 22 04
FINESS : 49000643

Directives anticipées par délégation
(la signature de deux témoins est obligatoire)

Je soussigné(e) témoin de la dictée par le patient de ses directives anticipées, atteste que le présent document est l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Madame/Monsieur

qui est dans l'impossibilité de rédiger et de signer elle/lui-même ses directives anticipées.

Nom/ Prénom : <input type="text"/>	Nom/ Prénom : <input type="text"/>
Qualité : <input type="text"/>	Qualité : <input type="text"/>
Signature : 	Signature