Mes directives anticipées incitatives en psychiatrie

PERSONNE CONCERNEE ET PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e).....né(e) le ..... /...../ .....
à .....

désigne:..... comme personne de confiance

cette personne comme personne de confiance, conformément à l'article L.1111-6 du Code de la santé publique, afin de m'accompagner dans mes démarches de santé et de contribuer à faire valoir mes souhaits et mes directives anticipées incitatives en psychiatrie auprès des professionnels de santé, notamment lorsque je ne suis plus en mesure d'exprimer ma volonté.

Fait le :..... /..... /..... à.....

Seul(e) ou avec/en présence de la/du/des témoin(s)
.....

SIGNATURES :
(Personne de confiance + témoin + propriétaire des DAIP) personne de confiance témoin proprietaire

Personne	Nom et prénom	Téléphone	Son rôle auprès de moi
Personne de confiance			
Personne à prévenir 1			
Personne à prévenir 2			
Autre personne ressource			

Je décide pour moi, sauf quand…

1 Ce qui compte pour moi :

Qu'est-ce qui est important pour moi dans ma vie ? Que voudrais-je préserver, même quand je vais moins bien ? :

Qu'aimerais-je que les personnes qui m'accompagnent comprennent de moi ?

Qu'est-ce qui me donne envie d'avancer dans la vie ?

2 Quand je vais bien :

Comment est-ce que je sais que je vais bien ? Qu'est-ce qui m'aide au quotidien ?

Quelles habitudes et quel rythme de vie sont importants pour moi ?

3. Quand je commence à aller moins bien :

Qu'est-ce que je ressens ou remarque en moi lorsque mon équilibre commence à changer ?

Quels changements les personnes qui me connaissent peuvent-elles remarquer ?

Qu'aimerais-je que l'on me propose à ce moment-là ?

4 Ce qui m'aide / ce qui ne m'aide pas

Les paroles, attitudes ou gestes qui m'apaisent :

Ce qui me met en difficulté ou aggrave la situation :

Qu'est-ce que j'aimerais que l'on essaie en priorité pour m'aider ?

5. Si je traverse une crise

Comment aimerais-je que l'on me parle et m'explique les décisions ?

Les soins ou traitements qui m'ont aidé·e

traitements/soin	posologie	Effets ressentis	Ce que je souhaite préciser

Les soins ou traitements qui ne m'ont pas aidé·e et que je souhaite éviter .

traitements/soin	posologie	Effets ressentis	Ce que je souhaite préciser

En référence à l'article L.1111-4 du Code de la santé publique, relatif au droit de la personne de participer aux décisions concernant sa santé et de consentir aux traitements proposés

Si une hospitalisation devient nécessaire, dans quels lieux souhaiterais-je être accueilli·e

Références : articles L.1110-8 et L.3211-1 du Code de la santé publique, relatifs au libre choix de l'établissement de santé et de l'équipe de soins en psychiatrie.

Lieux souhaités et raisons de mes choix :

1

2

Les lieux où je refuse d'être soigné·e

Quels établissements ou services est-ce que je refuse, et pour quelles raisons :

1

2

Alternatives à l'hospitalisation ou solutions d'attente

Si une hospitalisation est envisagée, quelles autres solutions souhaiterais-je privilégier ou essayer en attendant qu'une place soit disponible ?

Les professionnels que je choisis et ceux que je refuse .

(loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé)

personnel medical

Article R.4127-6 du Code de la santé publique, relatif au libre choix du médecin.

Professionnels que je souhaite	Professionnels que je refuse
raison de mon choix :	raison de refus :

Autres professionnels de santé et de l'accompagnement

Professionnels que je souhaite	Professionnels que je refuse
raison de mon choix :	raison de refus :

6. Mes besoins essentiels en cas d'hospitalisation

Ce que je souhaite voir organisé pendant mon absence, même en urgence.

Si j'ai des animaux, qui pourrait s'en occuper ?

Nom / téléphone : _____

Consignes particulières : _____

Cette personne a-t-elle été informée et a-t-elle donné son accord ? □ Oui □ Non □ À confirmer

Qui peut accéder à mon logement avec mon accord ?

Nom / téléphone : _____

Cette personne a-t-elle été informée et a-t-elle donné son accord ? □ Oui □ Non □ À confirmer

En cas d'hospitalisation, qui souhaiterais-je que l'on prévienne en priorité ?

Nom / téléphone : _____

Nom / téléphone : _____

POINT DE VIGILANCE — PERSONNES NÉCESSITANT UNE CONTINUITÉ D'ACCOMPAGNEMENT

En cas d'hospitalisation, prévoir la continuité de l'aide ou des soins que j'apporte habituellement à une ou plusieurs personnes.

Personne concernée / lien avec moi .....

Personne à contacter / téléphone .....

Dispositions à organiser :

Quels objets personnels aimerais-je avoir auprès de moi pour me sentir rassuré·e et apaisé·e ?

Qui pourrait me les apporter ? / Téléphone :

Y a-t-il d'autres choses essentielles que je souhaite voir organisées pendant mon hospitalisation ?

7 . Mes droits et ma dignité

Comment aimerais-je être associé·e aux décisions concernant mes soins et informé·e de leurs raisons ?

Quels sont mes souhaits concernant le respect de mon intimité, les visites et mes effets personnels ?

Si l'isolement ou la contention sont envisagés, qu'aimerais-je que les professionnels sachent de mes besoins, de mes craintes et de mes souhaits ?

8. Quand je vais mieux

Comment reconnais-je que je retrouve mon équilibre ? De quoi ai-je besoin pour reprendre mon rythme et exercer mes choix ?

Après une crise, de quoi aimerais-je discuter ? Mes souhaits ont-ils été pris en compte et que voudrais-je changer ?

9. Faire connaître et actualiser mes directives

Copie remise à (personne ou service) : .....

date : / /

Copie remise à (personne ou service) : .....

date : / /

Où trouver la version la plus récente ? .....

Quand souhaiterais-je relire ou modifier mes directives ?.....

10. Validation personnelle

Ces directives expriment mes souhaits et mes choix. Je peux les modifier à tout moment. Les personnes qui m'accompagnent dans leur rédaction ne décident pas à ma place.

Date / lieu :

Signature (facultative pendant la préparation) : .....

Personnes ayant participé à la rédaction (si je le souhaite) : .....

Je peux relire, modifier ou retirer ce document. La désignation d'une personne de confiance suit une démarche distincte.