

Modèle proposé par l'ADMD

Désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e) :

Né(e) le : à :

Demeurant à :

Tél professionnel : Tél domicile :

signataire des « directives anticipées », dont copie jointe,

considérant que je peux me trouver dans un état physique ou mental qui ne me permet pas d'exprimer mes souhaits au sujet de ma propre vie,

désigne, conformément à l'article L. 1111-6 du Code de la santé, la **personne de confiance suivante** :

Mr (Mme/Melle) :

Demeurant à :

Tél professionnel : Tél domicile :

tél mobile : courriel :

qui accepte cette désignation et aura accès à mon dossier médical.

Ce document est à recopier

Suite au dos ↪

En conséquence :

1 - ma personne de confiance pourra m'accompagner dans mes démarches et assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions ;

2 - si, en phase avancée ou terminale d'une affection grave ou incurable, le médecin constate qu'il ne peut soulager ma souffrance, quelle qu'en soit la cause, qu'en m'appliquant un traitement qui aura pour effet secondaire d'abrégéer ma vie, ma personne de confiance en sera informée, conformément à l'article L. 1110-5 du Code de la santé ;

3 - si je suis hors d'état d'exprimer ma volonté, ma personne de confiance sera consultée par le corps médical sur toute intervention, investigation, limitation ou l'arrêt du traitement susceptible de mettre ma vie en danger, en application de l'article L. 1111-4 du Code de la santé.

Fait à Le

Signature

Signature de la personne de confiance

Ce document, complété et signé par la personne de confiance et celle qui la désigne, doit être communiqué au médecin traitant et, en cas d'hospitalisation, remis au médecin du service pour figurer dans le dossier médical.

Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité

50, rue de Chabrol - 75010 PARIS

☎ 01 48 00 04 16 - Fax : 01 48 00 05 72

Courriel : infos@admd.net - Site web : www.admd.net