

Directives anticipées incitatives en Psychiatrie

Personne concernée et personne(s) 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	Contact (n° de mobile)	Nature du lien	Rôle
Personne de confiance n°1				
Personne de confiance n°2				
Personne à prévenir n°1				
Personne à prévenir n°2				

Ajouter le cas échéant d'autres personnes de confiance/à prévenir sur papier libre, signé, joint au présent document.
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, prénom des témoins).....

Nom(s) et signatures des personnes 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 à la crise (à remplir)

1 –

3 –

2 –

4 –

Nouveaux signes (« mise à jour ») :

Ce qui m'aide (à mettre en lien avec les signes avant-coureurs) :

1 –

3 –

2 –

4 –

Ce qui ne m'aide pas (à 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 hétéro agressivité)

A faire :

A ne pas faire :

-
-
-

-
-
-

En cas de crise :

Ce qui m'aide :

Ce qui ne m'aide pas :

Traitements ou soins qui m'aident/ne m'aident pas

Les traitements qui m'aident, qui peuvent être utilisés

(Relatif à 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 être utilisés

Traitement/soin	Posologie	Usage/effet	Remarque

Je souhaite être conduit dans un lieu de soin : OUI NON

Lieux de soin (hôpitaux, cliniques, services, etc.) où je veux être pris(e) en soin :

- -
- -
- -

Remarques :
.....
.....
.....

Lieux où je refuse d'être 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'être accompagné

Personnel médical

(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 paramédical (infirmiers etc.), médiateurs, travailleurs sociaux, etc. :

Par qui je veux être accompagné(e) :

Par qui je refuse d'être accompagné(e) :

-
-
-

-
-
-

Autres remarques personnelles, choses à savoir, notes...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....