

Qui contacter au pôle Centre rive gauche pour les directives anticipées :

Les pair-aidants :

- Lee Antoine **Lee.ANTOINE@ch-le-vinatier.fr**
- Sarah Jones **Sarah.JONES@ch-le-vinatier.fr**
- Fabrice Saulière **Fabrice.SAULIERE@ch-le-vinatier.fr**

<https://centre-ressource-rehabilitation.org/pair-aidance-au-pole-centre-rive-gauche>

LIVRET DES DaP

Directives anticipées en Psychiatrie



Prénom :

Nom :

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 | | | | |
| 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, prénom des témoins).....

Nom et signature de la personne de confiance :

| | |
|------------|-----------|
| Nom Prénom | Signature |
|------------|-----------|

Notes :



Les signes avant la crise

Les signes avant-coureurs amenant à la crise

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.....

Où je souhaite être conduit(e)

Je souhaite être conduit(e) 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.

.....

.....

.....

.....

.....

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 |
|-------------------|-----------|---------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



En cas de mise en danger (auto ou hétéro agressivité)

| A Faire | A ne pas faire |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • • • • | <ul style="list-style-type: none"> • • • • |

En cas de crise

| Ce qui m'aide | Ce qui ne m'aide pas |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • • | <ul style="list-style-type: none"> • • |