

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"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>

En cas de crise

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