

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

IMPORTANT : toute personne majeure peut désigner une personne de confiance, au sens de l'article L1111-6 du Code de la santé publique, y compris les personnes faisant l'objet d'une mesure de tutelle avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Cette désignation est facultative. **Ce formulaire, dûment complété et signé, est à remettre impérativement :**

- soit à la secrétaire médicale lors de la prochaine consultation,
- soit à l'infirmière qui vous accueillera lors de votre admission.

Je soussigné(e) Mme ou M.

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

PRÉNOM(S) :

NÉ(E) (J/M/A) LE/...../..... À (ville), N° de département :

ADRESSE :

.....

TÉLÉPHONE(S) :

déclare avoir reçu l'information sur la personne de confiance grâce au document qui m'a été remis par l'Établissement et ne souhaite pas en désigner une ;

déclare avoir reçu l'information sur la personne de confiance grâce au document qui m'a été remis par l'Établissement et souhaite nommer pour la durée de mon hospitalisation la personne de confiance suivante :

NOM DE LA PERSONNE DÉSIGNÉE :

PRÉNOM(S) :

ADRESSE :

.....

TÉLÉPHONE(S) :

Cette personne de confiance, qu'il m'incombe d'informer de sa désignation en m'assurant de son accord, est :

Un proche

Un parent

Mon médecin traitant

Je lui ai fait part de mes directives anticipées si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer Oui Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées Oui Non

J'ai également été informé(e) de la possibilité de modifier cette désignation à tout moment. J'en informerai alors un membre de l'équipe soignante qui me remettra un formulaire de « modification de désignation de la personne de confiance ».

Fait à, le

Signature du patient (obligatoire) :

Patient(e) dans l'impossibilité de désigner une personne de confiance

Cadre réservé à la personne de confiance (obligatoire)

Je soussigné(e) NOM : PRÉNOM :

certifie avoir été informé(e) de ma désignation en tant que personne de confiance du patient susnommé et avoir été renseigné(e) sur ma mission grâce au document remis par l'Établissement.

Fait à, le

Signature de la personne de confiance (obligatoire) :

.....