

Formulaire de désignation de la personne de confiance

N° 1
.....

Je soussigné(e)
Nom de naissance
Prénom
Date de naissance Lieu

JE SOUHAITE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Uniquement pour cette hospitalisation Pour cette hospitalisation et les suivantes

Nom Prénom
Adresse
Code postal Ville
Téléphone E-mail

J'ai compris que cette personne de confiance :

- Pourra, à ma demande, m'accompagner dans mes démarches, assister aux entretiens médicaux, afin de m'aider dans les décisions à prendre.
- Pourra être consultée dans le cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et recevra les informations à ma place.

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

OUI NON

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

OUI NON

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer l'établissement en remplissant un nouveau formulaire.

JE NE SOUHAITE PAS DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ET DESIRE RESTER L'UNIQUE INTERLOCUTEUR DE L'ÉQUIPE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE.

Fait à le / /

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

À remplir très lisiblement avec un crayon bille.

Fait en trois exemplaires : le 1^{er} exemplaire est destiné à l'établissement, le 2^{ème} exemplaire est à conserver par le patient et le 3^{ème} exemplaire est à conserver par la personne de confiance désignée.

Document validé en Commission des Usagers le 03 mars 2021.