

Formulaire de désignation d'une Personne de Confiance

Merci de faire remplir la partie ci-dessous si vous êtes dans l'impossibilité physique de renseigner seul(e) ce formulaire de désignation de votre personne de confiance, sinon vous pouvez passer cet encart :

Témoïn n°1 : Je soussigné(e)

Témoïn n°2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Nom et prénoms :

Qualité :

Qualité :

Attestent que la désignation de la personne de confiance ci-après est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme

Date :

Date :

Signature :

Signature :

Je soussigné(e) :

Nom marital

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Adresse

Téléphone / Email /

Ne souhaite pas désigner une Personne de Confiance

Souhaite désigner comme Personne de Confiance

Pour la durée de mon hospitalisation

Pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement



Nom de la personne désignée : Prénom(s)
Adresse
Téléphone / Email /
Lien avec la personne

- 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
- Elle détient un exemplaire de mes directives anticipées ou connaît l'identité de la personne qui les détient

J'ai bien noté que M/Mme

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches à l'hôpital et pourra m'assister lors des entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions;
- Pourra être consulté(e) par l'équipe de soins au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et recevoir l'information nécessaire pour le faire ; dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

Fait à Le Signature



Cadre réservé à la personne de confiance :

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance et accepte cette mission.

Fait à Le Signature