

Formulaire de désignation de la personne de confiance

Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « **personne de confiance** » (qui peut être votre Médecin traitant, un parent ou un proche) qui sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir les informations médicales.

Cette désignation est un droit qui vous est offert, ce n'est pas une obligation.

La désignation doit être faite **par écrit** et figure dans votre **dossier médical**.
Néanmoins, elle est **révocable à tout moment** par écrit

La personne de confiance pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens médicaux afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

Je soussigné(e) :

Nom et prénom :

Né(e) le / / à

Ne peut pas désigner une personne de confiance

Ne désigne pas de personne de confiance

Désigne comme personne de confiance :

Nom et prénom :

Né(e) le / / à

Qualité (lien avec la personne) :

Adresse :

.....

.....

Téléphone fixe professionnel / portable : / / / /

E-mail :@.....

Je souhaite prolonger cette désignation au-delà de mon hospitalisation

Fait à :, le / /

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire au resto est bien l'expression de votre volonté.

Témoins

Je soussigné(e)

Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la désignation de (nom et prénom):

comme **personne de confiance** est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

(nom et prénom) :

Fait à :, le / /

Signature du témoin

Signature de la personne de confiance

Témoins

Je soussigné(e)

Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la désignation de (nom et prénom):

comme **personne de confiance** est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

(nom et prénom) :

Fait à :, le / /

Signature du témoin

Signature de la personne de confiance