

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

En application des dispositions de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance et de rédiger des directives anticipées (cf document joint).

La personne de confiance peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant, pourra, si vous le souhaitez, vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.

Elle sera consultée au cas où vous-même seriez hors d'état d'exprimer votre volonté.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, mais vous avez la possibilité de la révoquer à tout moment.

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Patient dans l'incapacité de désigner une personne de confiance

Et/ou Patient relevant d'une mesure de Tutelle¹

• Je soussigné(e), M, Mme

Ne désire pas désigner de personne de confiance

Désire désigner une personne de confiance :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Mobile :

Lien avec le patient :

Fait à, le
Signature

Patient pouvant désigner une personne de confiance mais dans l'incapacité de signer le formulaire

• **Témoïn 1 (Hors personne de confiance)**

Nom et prénom :

Lien avec le patient :

Signature

• **Témoïn 2 (Hors personne de confiance)**

Nom et prénom :

Lien avec le patient :

Signature

• Je soussigné(e),, accepte d'être sa personne de confiance.

Fait à, le
Signature

• J'ai rédigé mes directives anticipées oui non qui se trouvent

Copie remise à l'IDE oui non

Fait à, le
Signature :

¹ Ne pouvant pas désigner une personne de confiance sans accord du juge