

Ce formulaire complété et signé par vos soins est à remettre au personnel qui vous accueillera lors de votre prochaine consultation ou lors de votre hospitalisation

Je soussigné(e) :

Nom de naissance

Nom usuel.....

Prénom

Né(e) le /..... /.....

Déclare :

vouloir procéder à la désignation d'une personne de confiance

ne pas vouloir procéder à la désignation d'une personne de confiance

Nomme la personne majeure suivante :

Nom usuel.....

Prénom

Lien avec la personne : parent / médecin / proche

Téléphone

e-mail

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de « Personne de confiance »

- Elle pourra m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, afin de m'aider dans mes décisions.
- Elle est d'accord pour être mon porte-parole dans l'éventualité où je ne pourrais plus m'exprimer. C'est elle qui sera, alors, consultée en priorité, par l'équipe de soins.

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 possède un exemplaire de mes directives anticipées

- Elle ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles
- Elle sera informée par mes soins de cette désignation à laquelle elle aura donné son accord

**Je reconnais avoir été informé(e) du rôle de la personne de confiance.
Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment en informant l'équipe soignante**

Date : /..... /.....

Signature du patient

**Signature de la personne de confiance,
précédée de la mention « Je reconnais avoir
compris mon rôle et j'accepte la désignation »**

Révoquée le /..... /.....

Signature du patient :