



Etiquette patient

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE *

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

**Ce document n'a valeur qu'en cas d'accord signé
de la personne de confiance**

Je, soussigné(e),

NOM : Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Nomme la personne de confiance suivante :

NOM : Prénom(s) :

Adresse :

Téléphones (fixe, portable, professionnel) :

E-mail :

J'ai bien noté :

- Que la personne de confiance pourra être consultée par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- Qu'à ma demande, la personne de confiance m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.
- Qu'il me revient d'informer la personne de confiance de cette désignation et de m'assurer de son accord signé.
- Que je pourrais mettre fin à cette désignation à tout moment par écrit.

⇒ 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

Fait à : Le :

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

Cadre réservé à la révocation de la personne de confiance :

Révoquée le :

Signature du patient

* Vous pouvez demander à l'équipe de soins le document d'information de la Haute Autorité de Santé

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation d'une personne de confiance

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite au recto de ce formulaire, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin 1 : Je, soussigné(e),

NOM : Prénom(s) :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

NOM : Prénom(s) :

⇒ Qu'il (elle) lui a fait part de ses directives anticipées ou de ses volontés si un jour il (elle) n'est plus en état de s'exprimer : Oui Non

⇒ Qu'il (elle) possède un exemplaire de ses directives anticipées : Oui Non

Fait à :

Le :

Signature du témoin 1

Témoin 2 : Je, soussigné(e),

NOM : Prénom(s) :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

NOM : Prénom(s) :

⇒ Qu'il (elle) lui a fait part de ses directives anticipées ou de ses volontés si un jour il (elle) n'est plus en état de s'exprimer : Oui Non

⇒ Qu'il (elle) possède un exemplaire de ses directives anticipées : Oui Non

Fait à :

Le :

Signature du témoin 2