

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 usuel.....

Nom de naissance

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

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 pourra être consulté(e) par l'équipe de soins en priorité au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

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 et que j'aurais indiquées au médecin
- Elle pourra consentir à mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté
- Elle sera informé(e) par mes soins de cette désignation à laquelle il (elle) aura donné son accord

**Je reconnais avoir été informé du rôle de la personne de confiance.
Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen 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 :