

DATE : / /

Emplacement étiquette patient
[Facultatif]

Je soussigné(e) : à renseigner obligatoirement

Nom usuel :

Nom de jeune fille :

Prénom (s) :

Date de naissance : / /

... déclare : à renseigner obligatoirement

- ne pas faire l'objet d'une mesure de protection légale
- avoir reçu l'information sur la désignation d'une personne de confiance et, en application de la loi n° 1454 sur le consentement et l'information en matière médicale

... souhaite : à cocher obligatoirement

- ne pas désigner** une personne de confiance
- désigner** comme personne de confiance dont l'identité est

NOM : **Prénom :**

Adresse postale :

.....

Téléphone portable : Téléphone fixe :

Lien avec la personne de confiance :

- l'avoir informé que son **nom et ses coordonnées figureront dans mon dossier**.
- conserver cette désignation jusqu'à sa révocation**, que je peux décider à tout moment. Dans ce cas, je m'engage à informer la personne de confiance révoquée et l'établissement [si révocation ou démission : partie à compléter par le patient au verso].

DATE : / /	SIGNATURE du patient :
------------------------------	------------------------

Cas du patient qui n'est pas en mesure de remplir lui-même le présent formulaire :

Identification & signature des 2 témoins

NOM, Prénom :

Signature :

NOM, Prénom :

Signature :

Le formulaire ENR/DGE/017 complété est classé dans le dossier du patient.

⇒ 1 copie peut être délivrée au patient à sa demande.

◆ **Décision de REVOCATION OU DEMISSION de la personne de confiance désignée :**

Je, soussigné(e), Mme / M. :

- décide de **révoquer la présente désignation** et je m'engage à avoir prévenu la personne de confiance de sa révocation.
- atteste que la personne de confiance présentement désignée **ne souhaite plus assurer cette mission**.

En conséquence, je souhaite :

- ne pas désigner une nouvelle personne de confiance.
- désigner une nouvelle personne de confiance : *remplir obligatoirement une nouvelle fiche de désignation d'une personne de confiance qui annule et remplace le présent formulaire.*

DATE : / /

Signature du patient :