

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance parmi son entourage. Cette désignation n'est pas obligatoire. Vous êtes libre de ne pas en désigner et libre d'en changer à tout moment. Désigner une personne de confiance est le moyen d'être sûr, si vous n'êtes plus en état d'exprimer votre volonté, que vos souhaits seront respectés. Dans ce cas, votre personne de confiance est consultée en priorité pour exprimer votre volonté selon vos souhaits.

Son avis prévaut sur celui de votre entourage.

Emplacement étiquette patient
[Facultatif]

Je soussigné(e) : Identité du patient :

Nom de naissance :
 Nom d'usage (exemple : nom d'époux/d'épouse) :
 Premier prénom de naissance :
 Date de naissance : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
 Sexe : Féminin Masculin

Je déclare : à renseigner obligatoirement

- ne pas faire l'objet d'une mesure de tutelle
- avoir reçu l'information sur les modalités de désignation d'une personne de confiance, en application de la loi n° 1454 relative au consentement et à l'information en matière médicale (guide de la personne de confiance)

Je souhaite : à cocher obligatoirement

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

Nom de naissance :
 Nom d'usage (exemple : nom d'époux/d'épouse) :
 Premier prénom de naissance :
 Date de naissance : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Sexe : Féminin Masculin
 Adresse postale :

 Téléphone portable : Téléphone fixe :
 Lien avec la personne de confiance :

Je certifie :

- l'avoir informée que son nom et ses coordonnées figureront dans mon dossier en qualité de personne de confiance.
 - m'engager à notifier de la présente désignation, datée et signée, à la personne désignée.
 - conserver cette désignation jusqu'à sa révocation, laquelle peut être effectuée sans forme à tout moment.
- Dans ce cas, je m'engage à porter à la connaissance de la personne dont la désignation est révoquée et à en informer 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 : <u>Identification & signature</u> des 2 témoins	
NOM, Prénom :	NOM, Prénom :
Signature témoin 1 :	Signature témoin 2 :

Le formulaire 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) : Identité du patient :

Nom de naissance :

Nom d'usage (exemple : nom d'époux/d'épouse) :

Premier prénom de naissance :

Date de naissance : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Sexe : Féminin Masculin décide de **révoquer la présente désignation** et m'engage à informer la personne désignée de sa révocation. atteste que la personne de confiance présentement désignée **ne souhaite plus assurer ce rôle.****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** :