FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e),

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM UTILISE : .....
1er PRENOM DE L'ETAT CIVIL : .....
PRENOM UTILISÉ si différent de l'état civil :.....
DATE de NAISSANCE : ___/___/____ LIEU de NAISSANCE : .....

❍ Je souhaite désigner une personne de confiance

❒ Monsieur ❒ Madame
NOM : .....
PRENOM : .....
DATE de NAISSANCE : ___/___/____
ADRESSE : .....
Téléphone Privé : ___/___/___/___/___ Téléphone Professionnel : ___/___/___/___/___
Téléphone portable : ___/___/___/___/___

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 ❒

Cette personne de confiance, légalement capable, est
❒ Un proche ❒ Un parent ❒ Mon médecin traitant

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.
Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Signature du patient :

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :
Fait à ..... Le .....

Signature de la personne de confiance :

❍ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Signature du patient :

❍ Je souhaite conserver la personne de confiance désignée dans la précédente fiche

❍ Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée dans la précédente fiche

❍ Patient dans l'incapacité de remplir la fiche (incapacité physique, cognitive)

« En application de la loi Kouchner n°2002-303 du 04 mars 2002 et de l'article L.1111-6 du Code de la Santé Publique ainsi qu'en application de la Loi Leonetti n°2005-370 du 22 avril 2005 modifiée par la Loi Leonetti-Claeys n°2016-87 du 2 février 2016, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin »

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

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

TEMOIN 1 : Je soussigné (e)	TEMOIN 2 : Je soussigné (e)
Nom et prénoms :……	Nom et prénoms :……
Qualité (lien avec la personne) :……	Qualité (lien avec la personne) :……
Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ……	Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ……
Que M ……lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : Oui ❒ Non ❒	Que M ……lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : Oui ❒ Non ❒
Que M……lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : Oui ❒ Non ❒	Que M……lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : Oui ❒ Non ❒
Fait à :…… Le :……	Fait à :…… Le :……
Signature :	Signature :