

## FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

(A remplir par vos soins et à remettre au secrétariat du service)

### Je soussigné(e) :

Nom marital ..... Nom de naissance .....  
Prénom(s) ..... Date de naissance .....  
Adresse .....  
Téléphone / E-mail .....

**Ne souhaite pas désigner une Personne de Confiance**

**Souhaite désigner comme Personne de Confiance**

Pour la durée de mon hospitalisation

Pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

Nom de la personne désignée ..... Prénom (s) .....

Adresse .....

Téléphone / Mail .....

Lien avec la personne .....

**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 détient un exemplaire de mes directives anticipées ou connaît l'identité de la personne qui les détient**

J'ai bien noté que Mr/Mme .....

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches à l'hôpital et pourra m'assister lors des entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions ;
- Pourra être consulté (e) par l'équipe de soins au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et recevoir l'information nécessaire pour le faire ; dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

Fait à ..... Le ..... Signature .....

### Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé (e) de ma désignation en qualité de personne de confiance et accepte cette mission.

Fait à ..... Le ..... Signature .....