

## Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Je soussigné(e) Mme, Mlle, Mr : .....

Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse : .....

Téléphone. : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

N'est pas en mesure de désigner une personne de confiance.

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Désigne comme personne de confiance durant cette hospitalisation :

Nom – Prénom : .....

Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse : .....

Téléphone. : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### J'ai bien noté que :

- cette personne pourra m'accompagner dans toutes mes démarches et assister à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.
- Cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.
- Des informations concernant mon état de santé pourront lui être communiquées avec mon accord.
- Je pourrai révoquer cette personne à tout moment.
- J'ai informé cette personne de sa désignation et du rôle qu'elle pourra tenir auprès de moi.
- Cette personne pourra être consultée et témoigner de mes choix au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté.

Fait à : .....

**Signature du patient hospitalisé :**

Le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **Cadre réservé à la personne de confiance.**

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

Fait à : .....

**Signature de la personne de confiance :**

Le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

		Données antérieures Vérifiées par :
Date 1 <sup>ère</sup> hospitalisation :	___ / ___ / _____	.....
Date 2 <sup>ème</sup> hospitalisation :	___ / ___ / _____	.....
Date 3 <sup>ème</sup> hospitalisation :	___ / ___ / _____	.....
Date 4 <sup>ème</sup> hospitalisation :	___ / ___ / _____	.....
Date 5 <sup>ème</sup> hospitalisation :	___ / ___ / _____	.....
Date 6 <sup>ème</sup> hospitalisation :	___ / ___ / _____	.....