

Je soussigné(e),

Mr/Mme.....

né(e) le à

désigne la personne de confiance suivante :

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique et de l'article 311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles)*

Mr/Mme.....

Adresse :

.....

.....

Tél. personnel : Tél. professionnel :

Portable :

Adresse E-mail :

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

Fait à : Le :

Signature :

Signature de la personne de confiance :

** 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. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour une durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles, peut dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci ».*

CAS PARTICULIER :

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.

Témoïn 1 :

Je soussigné(e) : Nom et prénoms

.....

Qualité (lien avec la personne) :

.....

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Mr/Mme.....

que Mr/Mme

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 Mr/Mme

lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : OUI NON

Fait à : le :

Signature :

Témoïn 2 :

Je soussigné(e) : Nom et prénoms

.....

Qualité (lien avec la personne) :

.....

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Mr/Mme.....

que Mr/Mme

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 Mr/Mme

lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : OUI NON

Fait à : le :

Signature :

**Attestation à conserver par
l'établissement relative à l'information
sur la personne de confiance**

Je soussigné(e)

NOM.....

Prénom.....

Fonction dans l'établissement (nom de l'établissement).....
.....

Atteste avoir délivré l'information relative au droit à désigner une personne de confiance et à avoir remis les formulaires désignation et de révocation de la personne de confiance à :

NOM.....

Prénom.....

Qualité (médecin, famille, ami...) :
.....

Adresse :
.....
.....
.....

Téléphone :

Signature du Directeur
ou de son représentant

Co-signature de la personne accueillie