

# FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(Au sens de l'article L.1111-6 du Code de Santé Publique)

## Je soussigné(e) nom, prénom(s), date & lieu de naissance

A déjà nommé une personne de confiance (*joindre le document valide*)

Nomme la personne de confiance suivante :

Nom, prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone privé : \_\_\_\_\_ Professionnel : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Je lui ai fait part de mes Directives Anticipées si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :  Oui  Non

Elle possède un exemplaire de mes Directives Anticipées :  Oui  Non

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Fait à : \_\_\_\_\_

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

Signature :

Signature de la personne de confiance :

Cette désignation est valable pour la durée de votre hospitalisation à moins que vous n'en disposiez autrement :

souhaite que cette désignation continue à être valable à l'issue de mon séjour (*pour de prochains rendez-vous médicaux et/ou hospitalisations*)


### Cas particuliers :

- Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e), les deux personnes suivantes témoignent de la validité de la désignation de votre personne de confiance désignée ci-dessus.

<b>1<sup>er</sup> témoin</b> Je soussigné(e), Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Nom, prénom : _____ Date de naissance : _____ Adresse : _____ Tél : _____ Date : ___ / ___ / _____ Signature	<b>2<sup>ème</sup> témoin</b> Je soussigné(e), Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Nom, prénom : _____ Date de naissance : _____ Adresse : _____ Tél : _____ Date : ___ / ___ / _____ Signature
---	--

Si vous faites l'objet d'une mesure de tutelle, vous pouvez désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge et/ou du conseil de famille.

Le patient n'est pas capable de répondre aux questions posées :

 Nom & prénom du soignant :

 Date et signature du soignant