

**Formulaire de désignation d'une
personne de confiance**

Collez ici l'étiquette patient

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « **personne de confiance** ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné,

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénom(s) :

Né(e) le :/...../..... **à :**

Domicilié(e) à :

.....

désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénoms :

Domicilié(e) à :

.....

Téléphone fixe : **Tél. professionnel :**

Téléphone portable : **Email :**

► **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 le :/...../.....

à :

Le patient/résident :

La personne de confiance

- J'atteste avoir pris connaissance du document relatif à mon rôle
- J'accepte
- Je refuse

Signature du patient / résident :

Signature de la personne de confiance :

Cas particulier : patient dans l'impossibilité d'écrire

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 : remplir la page 3 de ce formulaire.

Témoïn 1, la personne de confiance :

Je soussigné(e) :

Nom et prénoms :

Lien avec la personne :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme :

→ Que M. ou 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 M. ou Mme lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : Oui Non

Fait le :/...../.....

à :

Signature Témoïn 1, la personne de confiance :

Dans le cas où le patient /résident est dans l'impossibilité d'écrire et/ou de signer lui-même

Témoïn 2 :

Je soussigné(e) :

Nom et prénoms :

Lien avec la personne :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme :

→ Que M. ou 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 M. ou Mme lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : Oui Non

Fait le :/...../.....

à :

Signature Témoïn 2 :

Dans le cas où le patient /résident est dans l'impossibilité d'écrire et/ou de signer lui-même