

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Etiquette patient

Au sens de l'article L.1111-6 du code de la santé publique, vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance.

Si votre état de santé ne vous permet pas de vous exprimer, la personne de confiance est consultée pour rendre compte de votre volonté.

Cette personne de confiance peut, si vous le souhaitez, vous accompagner dans vos démarches et assister à vos entretiens médicaux. Elle s'engage à respecter la confidentialité des informations communiquées et est soumise au respect du secret médical.

Cette désignation sera insérée dans votre dossier médical. Elle dure le temps de votre prise en charge. Néanmoins, elle est révocable à tout moment par écrit : il suffit d'en avertir l'HAD.

☐ **JE NE SOUHAITE PAS DESIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE**, en sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation par écrit.

Signature du patient

☐ **JE SOUHAITE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE :**

Je soussigné(e), NOM, Prénom

Né(e) le : ____ / ____ / ____ à

Désigne comme personne de confiance :

NOM, Prénom

Nature du lien (époux, parent/enfant, ami, médecin traitant...) :

Domicilié(e) à :

.....

Tél / mail :

Dans le cas où je suis concerné par une mesure de protection, j'ai l'accord du juge : ☐ oui ☐ non

J'accepte d'être la personne de confiance de..... Je suis informé(e) de ses souhaits et de ses volontés concernant sa santé.

Fait à : Le : ____ / ____ / ____

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Etiquette patient

Le patient n'est pas en capacité d'écrire et désigne oralement en présence de 2 témoins une personne de confiance (compléter les informations ci-dessous + renseigner les informations ci-dessus)

Témoin 1 : Je soussigné(e) Nom/Prénom.....,

Nature du lien :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Nom, Prénom

Fait à : Le : ____ / ____ / ____

Signature du témoin 1 :

Témoin 2 : Je soussigné(e) Nom/Prénom.....,

Nature du lien :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Nom, Prénom

Fait à : Le : ____ / ____ / ____

Signature du témoin 2 :

☐ **LE PATIENT N'EST PAS EN CAPACITE DE DESIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE**