

- Le patient n'est pas en mesure de désigner une personne de confiance
 Le document d'information sur la désignation de la personne de confiance est remis au patient ce jour (Annexe 1)

Je soussigné(e)

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms : Téléphone :

Adresse :

Né(e) le :/...../..... à

→ Déclare avoir été informé(e) de l'intérêt de désigner une personne de confiance et :

- Ne souhaite pas à ce jour désigner une personne de confiance
 Souhaite désigner une personne de confiance et nomme la personne suivante :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms : Téléphone :

Adresse :

Né(e) le : à

Lien (parent, proche, médecin traitant,...) :

Email :@.....

→ Pour m'assister en cas de besoin en qualité de Personne de confiance

- Pour la durée de mon séjour au Centre Hospitalier du Pays Salonais
 Jusqu'à ce que j'en décide autrement

J'ai bien noté que Mme, M. :

- Pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en mesure d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf en cas d'urgence ou dans l'impossibilité de la joindre, aucune intervention ne pourra être réalisée sans consultation préalable.
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes choix concernant ma santé.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.

→ Je m'engage à prévenir la personne de confiance que j'ai désignée et à l'informée :

- De son rôle éventuel en qualité de personne de confiance
 Du fait que son nom et ses coordonnées figureront dans mon dossier patient

→ J'ai confié un exemplaire de mes directives anticipées à ma personne de confiance : oui non**→ Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.**

Fait à : Le :

Signature :

Accord de la personne désignée :**Je, soussigné(e),**

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms : Téléphone :

Adresse :

Né(e) le : à

Donne mon accord pour assister Mme, M.,

En qualité de personne de confiance

Fait à :

Le :

Signature :

Si je suis 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 est bien l'expression de ma volonté :

Témoign 1 : je soussigné(e)

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Née le :/...../..... à

Qualité (lien avec la personne) :

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

Nom de naissance :

Nom usuel :

Née le : / / à

Fait à Salon le

Signature du témoin 1 :**Témoign 2 : je soussigné(e)**

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Née le :/...../..... à

Qualité (lien avec la personne) :

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

Nom de naissance :

Nom usuel :

Née le : / / à

Fait à Salon le

Signature du témoin 2 :