

En application de la loi n°2016-87 du 2 février 2016 et notamment de son article L.1111-6 ; 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. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si la personne le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Je soussigné(e) :

Nom de jeune fille : _____

Nom d'usage / marital : _____

Prénom(s) : _____

Né(e) le : _____

Demeurant à : _____

Hospitalisé(e) le : _____

Etiquette patient

J'ai nommé la personne de confiance suivante :

Nom, prénom _____

Adresse _____

Téléphone privé _____ professionnel _____ portable _____

E-mail _____

➔ Je l'ai informée de sa désignation comme personne de confiance

➔ Je lui ai fait part de mes volontés

➔ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à _____ le _____

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

 Ne souhaite pas désigner de personne de confiance N'est pas en capacité de désigner la personne de confiance**Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document**

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que cette désignation est bien l'expression de votre volonté :

Témoin 1 :

Je soussigné(e)

Nom et prénom _____

Qualité _____

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénom _____

Qualité _____

Signature