

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(au sens de l'article L.1111-6 du code de la Santé Publique et de l'article L311-5-1 du Code de l'Action Sociale)

Je soussigné(e)

(Préciser nom d'usage, suivi du nom de naissance, et prénom)

Coller étiquette

Né(e) le/...../..... à

Hospitalisé(e) en service de, Site de :

Hébergé(e) à l'EHPAD, ou à l'USLD, Site de :

Après avoir été informé(e) du rôle de la Personne de Confiance et de la faculté de pouvoir révoquer cette personne à tout moment comme d'accepter ou de refuser son assistance et sa présence dans certains cas

(Cocher la ou les case(s) correspondante(s))

Désigne une personne de confiance

Reconduis la personne de confiance, antérieurement désignée (lors de ma précédente hospitalisation ou auprès de mon médecin traitant
Dr.....)

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Révoque la personne de confiance, antérieurement désignée : préciser ici le nom et prénom :

Nom et Prénom de la Personne de Confiance : Lien :

Adresse de la Personne de Confiance :

Numéro de téléphone de la Personne de Confiance :

Pour la durée suivante : Jusqu'à nouvel ordre Uniquement pour la durée de mon hospitalisation

J'accepte que la personne de confiance :

- M'accompagne dans mes démarches : OUI NON
- M'assiste lors des entretiens et examens médicaux : OUI NON
- M'aide à la connaissance et à la compréhension de mes droits : OUI NON

Date :/...../.....

Signature du patient/résident :

Cadre réservé à la personne de confiance :

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation et de mon rôle en qualité de personne de confiance.

J'accepte cette désignation Je refuse cette désignation

Fait àle...../...../.....

Signature de la personne de confiance, précédée de la mention « je reconnais avoir compris mon rôle et j'accepte la désignation »

En cas d'impossibilité physique pour le/la patient(e) de compléter le formulaire

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire au recto est bien l'expression de sa volonté :

Témoign 1	Témoign 2
<p><u>Je soussigné(e) :</u> Nom Prénom : <u>Qualité (lien avec la personne) :</u></p>	<p><u>Je soussigné(e) :</u> Nom Prénom : <u>Qualité (lien avec la personne) :</u></p>
<p><u>Atteste que la désignation de :</u> Nom prénom : comme personne de confiance est bien l'expression libre et éclairée de :</p>	<p><u>Atteste que la désignation de :</u> Nom prénom : comme personne de confiance est bien l'expression libre et éclairée de :</p>
<p>Nom prénom : Fait à Le</p>	<p>Nom prénom : Fait à Le</p>
<p>Signature</p>	<p>Signature</p>

Cadre réservé au service

En cas d'incapacité de la personne à désigner la personne de confiance

L'information a été donnée, toutefois M..... est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance.

Signature du soignant 1 :

Signature du soignant 2 :