

 **À COMPLÉTER**

A REMETTRE A L'IDE

Copie du formulaire à garder dans le dossier du patient puis remettre l'original au patient

Vous

Nom de naissance : _____ Nom usuel : _____

Prénom(s) : _____ Né(e) le : ___ / ___ / ___ à _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Email : _____

Déclare avoir été informé(e) de la possibilité et de l'intérêt de désigner une personne de confiance.

(Dépliant concernant la « personne de confiance » disponible si vous le souhaitez – réf. QUA-INF-078)

Ne souhaite pas à ce jour désigner de personne de confiance

Souhaite désigner ma personne de confiance et, j'atteste l'avoir informée de sa désignation et de son rôle

Si des Directives anticipées ont été rédigées, en avez-vous informé votre personne de confiance ?

Oui

Non

Non concerné(e)

Ma personne de confiance

Nom de naissance : _____ Nom usuel : _____

Prénom(s) : _____ Né(e) le : ___ / ___ / ___ à _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Email : _____

Lien avec la personne de confiance :

époux / épouse

enfant

père / mère

ami

médecin traitant

autre : _____

Fait à _____

Le : _____

Signature du patient

Signature de la personne de confiance désignée

Cas particuliers :

Personne dans l'impossibilité de rédiger soi-même le présent formulaire

Partie à remplir le cas échéant par l'équipe soignante

Equipe soignante

Nous soussignés :

1^{er} témoin

2^{ème} témoin

Nom - prénom : _____

Nom – prénom : _____

Qualité / fonction : _____

Qualité / fonction : _____

Attestons que ce document est bien l'expression de sa volonté libre et éclairée

Remarques éventuelles :

Fait à : _____

Le : _____

Signature 1^{er} témoin

Signature 2^{ème} témoin

 Personne dans l'incapacité de désigner une personne de confiance

Motif de l'incapacité : _____

Personne recueillant l'information :

Nom - prénom : _____

Fait à : _____

Le : _____

Signature