

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

(Lois n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades
et n° 2005-370 du 22 avril 2005, dite loi Léonetti, relative aux droits des
malades et à la fin de vie.

Article L1111-6 du code de la santé publique modifié
par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016-art 9)



Je soussigné(e) (nom de jeune fille, nom marital - prénoms) :

.....

Né(e) le : A :

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 – réf. QUA-INF-078)

Ne souhaite pas à ce jour désigner de personne de confiance.

Souhaite désigner comme personne de confiance:

- (Nom-prénom) :
- (Adresse) :
- (N° téléphone) :

Fait à : Le :

NB : ce document est valable pour toute la durée de l'hospitalisation, à moins que vous ne choisissiez de changer de personne de confiance, ou pour plus longtemps si vous le décidez.

Signature du patient

Signature de la personne de confiance désignée

PARTIE A REMPLIR LE CAS ECHEANT PAR L'EQUIPE SOIGNANTE

Nous soussignés :

1^{er} témoin

Nom - prénom :

Qualité / fonction :

2^{ème} témoin

Nom – prénom :

Qualité /fonction :

Attestons que :

(Noms-prénoms) :

N'est pas à même de recevoir l'information.

Remarques éventuelles :

.....
.....
.....

Fait à :

Le :

Signatures des 2 témoins