

(A remplir par vos soins et à remettre au secrétariat du service)

Je soussigné(e) :

Nom marital Nom de naissance

Prénom(s) Date de naissance

Adresse

Téléphone / E-mail

Ne souhaite pas désigner une Personne de Confiance

Souhaite désigner comme Personne de Confiance

Pour la durée de mon hospitalisation

Pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

Nom de la personne désignée Prénom (s)

Adresse

Téléphone / E-mail

Lien avec la personne

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer

Elle détient un exemplaire de mes directives anticipées ou connaît l'identité de la personne qui les détient

J'ai bien noté que Mr/Mme

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches à l'hôpital et pourra m'assister lors des entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions ;
- Pourra être consulté (e) par l'équipe de soins au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et recevoir l'information nécessaire pour le faire ; dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

Fait à Le Signature

Cadre réservé à la personne de confiance :

Je certifie avoir été informé (e) de ma désignation en qualité de personne de confiance et accepte cette mission.

Fait à Le Signature

