

PERSONNE DE CONFIANCE

Je Soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Souhaite désigner comme personne de confiance

J'ai bien noté que la personne que j'ai désignée en tant que personne de confiance pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable. A ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions. Les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance. Il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord. Je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment par écrit.

Madame Monsieur

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Votre lien : le conjoint un parent un proche

Cadre réservé à la personne de confiance

[Attirez l'attention du lecteur avec une citation du document ou utilisez cet espace pour mettre en valeur un point clé. Pour placer cette zone de texte n'importe où sur la page, faites-la simplement glisser.]

SIGNATURE

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner de personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant la fiche de désignation.

DIRECTIVES ANTICIPEES

J'ai rédigé des directives anticipées : OUI NON

La personne de confiance connaît mes directives anticipées : OUI NON

Si vous souhaitez rédiger des directives anticipées, vous pouvez le faire sur papier libre à remettre à l'équipe soignante, votre médecin ou votre personne de confiance. Si tel est le cas, merci d'indiquer ci-dessous les coordonnées de la personne les détenant :

.....

MEDECIN TRAITANT

Nom : Téléphone :

Adresse :

DOSSIER MEDICAL PARTAGE (DMP)

Avez-vous créé votre DMP : OUI NON

Si oui, nous autorisez-vous à l'alimenter ? OUI NON

SIGNATURE DU PATIENT

Date et signature du patient :