

# Formulaire de désignation de la personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e), nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....

nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone privé : ..... professionnel : ..... portable : .....

E-mail : .....

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 : Oui  Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui  Non

J'ai bien noté que M., Mme, Mlle.....

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et 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.
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'information que je juge confidentielle et que j'aurais indiquée au médecin.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à : ..... le : .....

Signature

Signature de la personne de confiance