



DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

« Art. L. 1111 -6 Code de la santé publique (loi 4 mars 2002). Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. »

Je soussignée :

Nom.....Prénom.....

Né(e) le :

Déclare désigner comme personne de confiance :

Nom.....Prénom.....

Adresse :

N° de téléphone :

Lien avec le/la patient(e) :

Autorise le médecin responsable à lui donner toute information concernant mon état de santé. Cette personne ne pourra accéder à mon dossier médical sans mon accord.

A

Le

Signature de la personne de confiance :

Ne désire pas désigner de personne de confiance et qu'aucune information sur mon état de santé ne soit divulguée.

Signature du patient/résident :

« Lu et approuvé » (mention manuscrite obligatoire)

Fait à.....le.....



DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Ne semble pas apte à désigner à cet instant une personne de confiance

Désignation non réalisable pour le motif suivant :

Etat de santé
Autres

Personne incapable majeure

Nom, prénom, qualification et signature de la personne ayant constaté l'incapacité :

.....
.....

Fait à le.....

Signature :



REVOCACTION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné (e) :

Madame, Monsieur.....

Né(e) le/...../.....

Demeurant à

.....

DECLARE REVOQUER LA PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE

Madame, Monsieur

.....

Fait à.....le.....

Signature :

Révocation faite en présence de :

(Nom)

(Qualité)

(Date)

Signature :