

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Je soussignée (e)

Nom, prénom,

Date de naissance

Adresse

Désigne M., Mme, Mlle

Nom, prénom,

Adresse

Tél. fixe : Portable :

Email : @

Lien avec la personne (parent, proche, médecin-traitant)

.....

.....

Pour m'assister, en cas de besoin, en qualité de personne de confiance :

Jusqu'à ce que j'en décide autrement

Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté que M., Mme, Melle

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux ; ceci 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 des 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'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin
- Sera informé (e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord

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

Visa de la personne désignée

(recommandé)

Fait à :

Le :

Signature :