



Formulaire de **DESIGNATION** de la personne de confiance

(Au sens de l'article L1111-6 du Code de Santé Publique/ Loi du 04.03.2002 relative aux droits du malade)



Je soussigné(e)

NOM _____

Prénom _____

Date et Lieu de naissance ____ / ____ / ____ à _____

Désigne la personne de confiance suivante (personne majeure) :

NOM, Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ **Ou** Age : ____ ans

Tél / Mail : Privé : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Professionnel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Email : _____

Lien avec le patient : _____

➔ 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

Cette nomination vaut pour la seule hospitalisation en cours

L'ensemble des séjours à venir à l'HIA Legouest.

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Signature du patient

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

Signature de la personne de confiance

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____



Formulaire de DESIGNATION de la personne de confiance

(Au sens de l'article L1111-6 du Code de Santé Publique/ Loi du 04.03.2002 relative aux droits du malade)



SI VOUS ETES DANS L'IMPOSSIBILITE PHYSIQUE D'ECRIRE SEUL(E)

Témoïn 1 : Je soussigné(e)

NOM, Prénom _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la
volonté libre et éclairée de M _____

➔ Que M _____ lui a fait part de ses volontés
et/ou de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer :

OUI NON

➔ Que M _____ lui a remis un exemplaire de
ses directives anticipées :

OUI NON Ne sait pas

Fait à _____

Signature

Le ____/____/____

Témoïn 2 : Je soussigné(e)

NOM, Prénom _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la
volonté libre et éclairée de M _____

➔ Que M _____ lui a fait part de ses volontés
et/ou de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer :

OUI NON

➔ Que M _____ lui a remis un exemplaire de
ses directives anticipées :

OUI NON Ne sait pas

Fait à _____

Signature

Le ____/____/____



Formulaire de **REVOCA**tion de la personne de confiance

(Au sens de l'article L1111-6 du Code de Santé Publique/ Loi du 04.03.2002 relative aux droits du malade)



Je soussigné(e)

NOM _____

Prénom _____

Date et Lieu de naissance ____ / ____ / ____ à _____

Révoque comme personne de confiance à compter du :

____ / ____ / ____

NOM, Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone :

- privé : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
- professionnel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
- portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

E-mail : _____

Ne souhaite pas désigner une nouvelle personne de confiance.

Souhaite désigner une nouvelle personne de confiance.

Signature du patient

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____