

## FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e)

Nom marital : .....

Nom de jeune fille.....

Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

Adresse.....

Téléphone : ..... / .....

### Déclare

Avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.

Avoir reçu l'information sur la personne de confiance et souhaite désigner :

Nom marital : .....

Nom de jeune fille.....

Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

Adresse.....

Téléphone : ..... / .....

### Qui deviendra personne de confiance

- J'ai bien noté que cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour les faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.

- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance.

- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et que dans ce cas je m'engage à en informer par écrit l'établissement au moyen d'un formulaire, qui me sera fourni

- Qu'il me revient de l'informer et de s'assurer de son accord au moyen du présent formulaire.

Fait à : .....le ..... Signature du patient

## FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e)

Nom marital : .....

Nom de jeune fille.....

Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

Adresse.....

Téléphone : ..... / .....

### Déclare

Avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.

Avoir reçu l'information sur la personne de confiance et souhaite désigner :

Nom marital : .....

Nom de jeune fille.....

Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

Adresse.....

Téléphone : ..... / .....

### Qui deviendra personne de confiance

- J'ai bien noté que cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour les faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.

- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance.

- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et que dans ce cas je m'engage à en informer par écrit l'établissement au moyen d'un formulaire, qui me sera fourni

- Qu'il me revient de l'informer et de s'assurer de son accord au moyen du présent formulaire.

Fait à : .....le ..... Signature du patient



## **Faites nous connaître votre volonté.**

*Prendre aujourd'hui, les décisions importantes évitera que d'autres les prennent à votre place, ainsi vos volontés seront respectées.*

### **LA PERSONNE DE CONFIANCE**

**C'EST :** Une Personne que vous pouvez choisir parmi votre entourage pour vous apporter aide et soutien dans votre parcours de soins.



■ Elle vous aidera dans vos démarches administratives et pourra vous accompagner si vous le souhaitez dans les entretiens médicaux et recevoir les informations relatives à votre état de santé.

■ Si vous êtes dans l'incapacité d'exprimer votre volonté :

- Elle sera consultée par l'équipe médicale, qui pourra ainsi connaître votre façon de voir les choses : **Ce que vous auriez souhaité** pour vous même si vous aviez été en capacité de décider.

- Son avis prévaudra sur tout autre avis non médical en cas de décisions à prendre sur une limitation ou un arrêt de traitement, sauf si vous avez rédigé des directives anticipées. Il est par conséquent nécessaire que la personne de confiance ait connaissance de votre volonté.

**Une information complémentaire sur la personne de confiance ainsi que son formulaire de désignation est disponible auprès des équipes de soins.**

### **LES DIRECTIVES ANTICIPÉES**

**CE SONT :** Des instructions écrites données par avance par une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.



Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou disproportionné ou la prolongation artificielle de la vie.

**Une information complémentaire sur les directives anticipées est disponible auprès des équipes de soins.**