

Formulaire de désignation de personne de confiance et recueil des directives anticipées

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « personne de confiance ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite appelée directives anticipées pour préciser ses souhaits concernant sa fin de vie. Ce document aidera les médecins, le moment venu, à prendre leurs décisions sur les soins à donner, si la personne ne peut plus exprimer ses volontés.

Je soussigné(e), M./Mme.....déclare :

avoir déjà désigné M./Mme :
en qualité de personne confiance par un écrit cosigné par elle-même et souhaite la conserver.

désigner :
Nom et prénoms :
Adresse :
.....
Téléphone (fixe/portable) :
E-mail :
Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance ⁽¹⁾ :
 jusqu'à ce que j'en décide autrement
 uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement
Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

(1)Signature de la personne désignée

ne souhaite pas désigner de personne de confiance sachant que je peux le faire à tout moment.

avoir rédigé des directives anticipées, elles sont disponibles auprès de (indiquer ses coordonnées) :
.....
.....

ne pas avoir rédigé de directives anticipées

Fait à, le

Signature du patient

L'état de la personne ne permet pas la désignation d'une personne de confiance

Présence de directives anticipées oui non

Date :

Nom du professionnel :

signature :