



Personne de confiance
Personne à prévenir
Directives anticipées
Livret d'accueil

Emplacement
étiquette identification du patient

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Cocher la case correspondant à votre situation actuelle :

- Première désignation
- Refus de désignation d'une personne de confiance
- Mise à jour des coordonnées de la personne de confiance
- Nouvelle désignation suite à la révocation de la personne de confiance précédemment désignée :

Nom / Prénom (de la précédente personne de confiance) :

Je m'engage à prévenir cette personne de confiance de sa révocation



Je soussigné(e) :

Nom de naissance :

Nom d'usage : Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse postale :

Téléphones(s) fixe/portable : E-mail :

Déclare :

Ne pas faire l'objet d'une mesure de tutelle **OU** Faire l'objet d'une mesure de tutelle et je joins à ce formulaire, l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille.

Avoir reçu l'information sur la **désignation d'une personne de confiance** (article L.1111-6 du code de la santé publique) et :

ne souhaite pas désigner une personne de confiance

OU

désigne la personne de confiance suivante :

Nom de naissance :

Nom d'usage : Prénom(s) :

Téléphones(s) fixe/portable : E-mail :

Lien avec la personne de confiance désignée : Parents Proche Médecin traitant

l'avoir informé que son nom et ses coordonnées figureront dans mon dossier administratif.

souhaiter que **cette personne de confiance m'accompagne dans mes démarches et assiste à mes entretiens médicaux**, ceci afin de mieux m'aider dans mes décisions.

conserver cette désignation jusqu'à sa révocation que je peux décider à tout moment et ce dont j'informe l'établissement (remplir une nouvelle fiche de désignation d'une nouvelle personne de confiance).

Date :

Date :

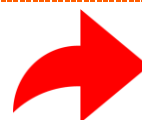
Signature du Patient :

Signature de la Personne de confiance :

Signature du Patient

Signature de la Personne de confiance

Tourner la page



Formulaire de désignation de la personne à prévenir

La personne à prévenir est la personne à contacter au cas où votre état de santé s'aggrave :

Nom de la personne à prévenir :

Prénom(s) :

Lien :

Adresse postale :

Ville : Code Postal :

N° de téléphone : Fax / E-mail :

J'ai noté que je peux révoquer cette désignation à tout moment, et dans ce cas, je m'engage à en informer l'établissement
(remplir une nouvelle fiche si désignation d'une nouvelle personne à prévenir)

Directives anticipées

J'ai reçu des informations sur les directives anticipées via le livret d'accueil et /ou une fiche d'information

OUI

NON

Avez-vous rédigé des directives anticipées ?

OUI → où sont-elles conservées ? :

NON

Date :

Signature du Patient :



Livret d'accueil

J'ai bien reçu le livret d'accueil :

OUI

NON

