

Personne de confiance

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance : Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. A tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit la Polyclinique du Parc en modifiant la fiche de désignation.

Je souhaite désigner une personne de confiance :

Monsieur Madame

Nom de naissance: Nom marital :.....

Prénom : Age :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone(s) :

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un parent Un proche Mon médecin traitant

Précisez :

Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions *

OUI NON

J'ai été informé (e) que cette désignation vaut pour toute la durée de ma prise en charge et que je peux révoquer cette désignation à tout moment. Dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit la Polyclinique du Parc en modifiant la fiche de désignation.*

Fait à

Le

Signature du patient :

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé (e) de ma désignation de personne de confiance

Fait à **Signature :**

Le

*En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé et notamment de son article L1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Personne à prévenir (en dehors des cas ci-dessus)

Nom, Prénom :

Lien de parenté : Téléphone(s) :

Adresse :

Fait à : **Signature :**

Le

Directives anticipées

Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées

J'ai rédigé mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté.

Je souhaite rédiger mes directives anticipées sur le formulaire spécifique.

Je joins une copie de mes directives anticipées pour mon dossier.

Je suis informé(e) que celles-ci sont valables indéfiniment et que je pourrais les modifier ou les annuler à tout moment. Dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit la Polyclinique du Parc.

Je confie mes directives anticipées à ma personne de confiance.

**CAS PARTICULIER : Si vous êtes dans l'incapacité physique d'écrire seul(e) le
formulaire de désignation de la personne de confiance**

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

TEMOIN 1 : Je soussigné(e)

Nom, Prénom :

.....

En qualité de (lien avec le patient) :

.....

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

M.....

- Que M..... lui a fait part de ses volontés et 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

Fait à Le

Signature :

TEMOIN 2 : Je soussigné(e)

Nom, Prénom :

.....

En qualité de (lien avec le patient) :

.....

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

M.....

- Que M..... lui a fait part de ses volontés et 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

Fait à Le

Signature :