

**FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE PERSONNE DE CONFIANCE**

Je soussigné(e) Mr / Mme : NOM .....  
 PRENOM ..... Né(e) le ..... / ..... / .....  
 Adresse .....

**Nomme la personne de confiance suivante**

NOM, PRENOM : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone : ..... / ..... / ..... Fax : ..... / ..... / ..... E-mail : .....  
 Lien avec le patient :

- |  |  |
|--|--|
| Conjoint..... <input type="checkbox"/> | Enfant..... <input type="checkbox"/>         |
| Parent..... <input type="checkbox"/>   | Proche..... <input type="checkbox"/>         |
| Ami..... <input type="checkbox"/>      | Médecin traitant... <input type="checkbox"/> |

- 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

**Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance :**

- Pour la durée de mon séjour au CSSR
- Pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

**J'ai bien noté que Mr, Mme, Mlle .....**

- pourra être consulté(e) par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire.
- Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importantes ne pourra être réalisées sans cette consultation préalable.
- Qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches au CSSR et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin traitant ne seront pas communiquées à la personne de confiance.
- Que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature :

Signature de la personne de confiance :