

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

[A remplir impérativement pour toute hospitalisation]

Etiquette d'identification du patient

Je ne souhaite pas à ce jour désigner « une personne de confiance ».

Fait à _____, le _____ Signature du patient

Je souhaite désigner « la personne de confiance » suivante :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ lien avec la personne : _____

Cette « personne de confiance » a été informée de sa désignation : oui non

Fait à _____, le _____

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

DIRECTIVES ANTICIPEES

J'ai rédigé des directives anticipées : Oui Non

Si oui, j'en ai donné un exemplaire à la personne de confiance : Oui Non

N'oubliez pas d'amener un exemplaire de vos directives anticipées lors de votre hospitalisation

Vous trouverez des explications sur les directives anticipées dans le livret d'accueil ou sur le site internet de l'établissement (rubrique « votre séjour ») ou en vous connectant via le QR code ci-joint →



REVOCACTION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée ci-dessus.

Fait à _____ Signature du patient

le _____

**A ramener rempli et signé le jour de votre entrée
et à remettre à l'IDE qui vous accueille dans le service de soins.**