

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

REVOCAION 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 l'unité de soins.**