

Désignation d'une personne de confiance

Je soussigné.e,

Prénom : **NOM :**

Date de naissance : / /

Adresse :

Désigne pour m'assister en cas de besoin en tant que personne de confiance :

Monsieur / Madame

Prénom : **NOM :**

Né(e) le : / /

Adresse :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Lien avec la personne : parent / médecin / proche / autre :

Cette désignation est valable sans limitation de durée jusqu'à ce que j'en décide autrement ou que la personne de confiance n'en dispose autrement. Cette désignation est révisable et révocable à tout moment.

J'ai bien noté que **Monsieur / Madame [Prénom NOM] :**

- Pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin
- sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord
- pourra m'aider à la connaissance et à la compréhension de mes droits si je rencontre des difficultés.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à [lieu]:

Le [date] : / /

Votre signature

Signature de la personne désignée

[OPTIONNEL] : Signature du Témoin éventuel avec NOM, Prénom, lien et coordonnées

Lieu de conservation de cette désignation (*Mon Espace Santé / votre adresse / remise à ..*):