

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

ÉTIQUETTE PATIENT

En application de l'article L.1111- 6 du Code de la Santé Publique, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle peut vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé avec un devoir de confidentialité.

Si vous ne pouvez pas exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale et n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions.

Je soussigné(e),

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : / / Lieu de naissance : Sexe : F M

Souhaite :

Ne pas désigner une personne de confiance

Désigner la personne de confiance suivante :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Sexe : F M

Téléphone personnel : Téléphone professionnel :

Cette personne est : un parent conjoint autre (à préciser) :

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

Cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation ; je peux révoquer cette désignation à tout moment, en informant l'établissement par écrit.

Fait à le : / /

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique de remplir seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester que la désignation de la personne de confiance, décrite ci-dessus, est bien l'expression de votre volonté.

TÉMOIN 1 : Je soussigné(e)

Nom d'usage :

Prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est

bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M

Qu'il ou elle 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

Qu'il ou elle lui a remis un exemplaire de ses directives

anticipées : Oui Non

Date : / /

Signature :

TÉMOIN 2 : Je soussigné(e)

Nom d'usage :

Prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est

bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

M

Qu'il ou elle 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

Qu'il ou elle lui a remis un exemplaire de ses directives

anticipées : Oui Non

Date : / /

Signature :

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et d'opposition aux informations qui vous concernent. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au délégué à la protection des données par e-mail à l'adresse dpo.idf.groupe@almaviva-sante.com. Pour plus d'information, rendez-vous à : <https://www.almaviva-sante.fr/fr/groupe/rgpd>

