



FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Formulaire destiné aux
majeurs, majeurs sous
tutelle avec
autorisation du juge ou
conseil de famille

Je soussigné.e,

Prénom : Nom :

Date de naissance : /..... /.....

Adresse :

Souhaite désigner une personne de confiance : Oui Non

Désigne : Monsieur Madame :

Né.e le : /..... /.....

Résidant [adresse] : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : .. /.. /.. /.. /.. Adresse mail :@.....

Lien avec la personne : parent médecin proche

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

- jusqu'à ce que j'en décide autrement
- uniquement pour la durée de mon séjour à l'EP SM Sud Bretagne

J'ai bien noté que la personne désignée ci-dessus :

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans les décisions ;
- pourra être consulté.e par l'équipe qui me soigne si je ne suis 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.

Je prends connaissance du fait que si la personne désigné.e ne cosigne pas le présent formulaire, ma désignation ne sera pas valide et ne produira aucun effet. Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Fait à :
Le :

Fait à :
Le :

Signature du demandeur

Signature de la personne de
confiance

Formulaire à remettre à l'infirmier complété et signé