



CLERMONT-FERRAND

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

PERSONNE DE CONFIANCE

Formulaire pour la désigner

(art. L.1111-6 du Code de la santé publique)

La loi du 4 mars 2002 vous offre la possibilité de désigner, par écrit, en toute liberté, une personne de votre choix dite "personne de confiance" qui pourra :

- vous accompagner, si vous le souhaitez, dans les démarches liées à votre santé et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions ;
- être consultée dans le cas où vous ne seriez plus en état d'exprimer votre volonté, recevoir l'information à votre place et être votre porte-parole.

Cette désignation, par écrit, **cosignée par la personne désignée**, sur un document fourni par le CHU est **valable pour toute la durée de l'hospitalisation, sauf avis contraire de votre part**.

Je soussigné(e)*

Nom et Prénoms :

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

ne souhaite pas désigner une personne de confiance

souhaite désigner la personne de confiance suivante :

Nom et Prénoms :

Adresse postale :

Téléphone : Portable :

Email :@.....

Qualité (membre de la famille, proche, médecin traitant, etc.) :

 J'ai rédigé mes directives anticipées : oui non

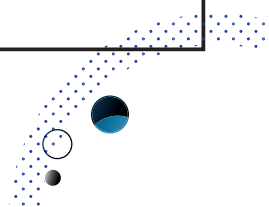
 La personne de confiance désignée possède un exemplaire de mes directives anticipées.
 oui non

Fait à : Le :/...../.....

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

**Pour les patients sous tutelle, il est demandé de joindre la décision de justice ou du conseil de famille autorisant/confirmant la désignation de la personne de confiance.*



CAS PARTICULIER

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

TÉMOIN 1

Je soussigné(e)

Nom et Prénoms :

Qualité / lien avec la personne :

Atteste que la personne de confiance décrite ci-avant est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M./Mme (rayer la mention inutile)

> que M./Mme 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

> que M./Mme lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées

oui non

Fait à : Le :/...../.....

Signature :

TÉMOIN 2

Je soussigné(e)

Nom et Prénoms :

Qualité / lien avec la personne :

Atteste que la personne de confiance décrite ci-avant est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M./Mme (rayer la mention inutile)

> que M./Mme 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

> que M./Mme lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées

oui non

Fait à : Le :/...../.....

Signature :

