



FORMULAIRE TYPE **PERSONNE DE CONFIANCE**

Je soussigné(e),

Nom, prénom

Né(e) le / /

Adresse

désigne

Monsieur, Madame

Né(e) le

Adresse

Téléphone

Courrier électronique

Nature du lien : parent médecin proche

**pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance
durant mon séjour dans l'établissement d'HAD.**

J'ai bien noté que Monsieur, Madame,

- 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. 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.

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

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

Fait à , le

Signature du patient

Je soussigné(e) Monsieur, Madame

donne mon accord pour être personne de confiance de Monsieur, Madame

Signature de la personne de confiance