



## LA PERSONNE DE CONFIANCE

FOR/IRC-CON N°01.V.02

### FORMULAIRE DE DÉSIGNATION

Je soussigné(e),

**NOM** ..... **Prénom** .....

Date de naissance \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Reconnais avoir pris connaissance de la plaquette d'information ci-jointe et être informé(e) de ma possibilité de désigner une personne de confiance.

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Je souhaite désigner une personne de confiance :

**NOM** ..... **Prénom** .....

Date de naissance \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse .....

Ville ..... Code postal \_\_\_\_\_

téléphone : portable \_\_\_\_\_

domicile \_\_\_\_\_

bureau \_\_\_\_\_

Cette personne de confiance est :

un parent (lien de parenté ..... )

un proche

mon médecin traitant

Cette désignation est en principe valable pour la durée de l'hospitalisation, sauf volonté contraire du patient qui peut la révoquer à tout moment ou la prolonger pour plusieurs hospitalisations.

Je décide de désigner cette personne de confiance :

pour la durée de mon hospitalisation

jusqu'à décision contraire de ma part (plusieurs hospitalisations)

Fait à ..... le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature du patient :**

### CONFIRMATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :

MAJ 13/06/2018

Confirmée le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Signature :**

Confirmée le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Signature :**

Confirmée le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Signature :**

Confirmée le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Signature :**