

Selon les articles L.1111-6 du Code de la santé publique et L311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles, relatifs à la désignation d'une personne de confiance (voir document d'information [GHT500041](#))

Hôpital **E.H.P.A.D.**

A remplir par le patient/résident

Je soussigné(e) :

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

Né(e) le : à :

Demeurant :

.....

- Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.
- Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et souhaite désigner comme personne de confiance :

Mme, M

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Demeurant :

.....

Téléphone privé : professionnel : portable :

e-mail :

Lien de parenté ou de relation :

- Je lui ai fait part de mes directives anticipées (voir document d'information [GHT500042](#)) 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

Fait à : le :

Signatures obligatoires :

Le patient/résident

La personne de confiance

o Copie au patient/résident et à la personne de confiance

o Document à numériser et à intégrer dans le dossier du patient/résident, onglet Médico-légal

Situations particulières :

- Le Patient/résident est sous mesure de protection judiciaire ; la désignation de la personne de confiance est soumise à validation du conseil des familles ou juge des tutelles.

- Le Patient/résident est dans l'impossibilité physique de remplir seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance. Deux personnes attestent ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans ce formulaire, est bien l'expression de votre volonté.

Témoïn 1 : Je soussigné(e) Nom et prénoms

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Mme/M.

- Que Mme/M. 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 Mme/M. lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui non

Fait à :le

Signature :

Témoïn 2 : Je soussigné(e) Nom et prénoms

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de

Mme/M.

- Que Mme/M. 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 Mme/M. lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui non

Fait à :le

Signature :

Ou

- Je soussigné(e) (Nom/Prénom/Qualité du soignant) constate l'impossibilité pour le patient/résident de désigner la personne de confiance.

Date :

Signature :

o Copie au patient/résident et à la personne de confiance

o Document à numériser et à intégrer dans le dossier du patient/résident, onglet Médico-légal