

Ma personne de confiance*



Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre personne de confiance.

La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

La désignation de la personne de confiance est révisable et révocable à tout moment. Un formulaire de révocation est disponible auprès du service dans lequel vous êtes hospitalisé(e).

Cas particulier : si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, merci de vous reporter au dos de ce document.

Je soussigné(e) (nom, prénoms, date et lieu de naissance) :

Domicilié(e) à :

☐ Je désigne la personne de confiance suivante

☐ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Nom et prénoms :

Domicilié à :

Téléphone privé : _____ Téléphone professionnel : _____

Email : _____

● 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

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre I^{er} du Code civil :

● J'ai l'autorisation du juge ☐ Oui ☐ Non

● J'ai l'autorisation du conseil de famille ☐ Oui ☐ Non

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

Fait le : _____ à : _____

Signature :

Signature de la personne de confiance :

Cas particulier :

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

☐ Je suis dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance.

Témoin 1 : je soussigné(e)

Nom et prénoms : _____

Qualité (en lien avec la personne) : _____

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

M/Mme : _____

● Que M/Mme : _____ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour il/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 le : _____ à : _____

Signature du témoin 1 :

Témoin 2 : je soussigné(e)

Nom et prénoms : _____

Qualité (en lien avec la personne) : _____

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

M/Mme : _____

● Que M/Mme : _____ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour il/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 le : _____ à : _____

Signature du témoin 2 :