

DESIGNATION DE LA 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.

Je soussigné(e) :

Nom, Prénoms

Né(e) le : A :

Désigne la personne de confiance suivante :

Nom, Prénoms

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

E-mail :

➔ 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

Fait à :

Fait à :

Le :

Le :

Signature patient ou résident

Signature personne de confiance