



## Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Article L 1111-6 du Code de la Santé Publique

Formulaire 1

### Je soussigné(e),

NOM, Prénoms : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

**Désigne comme personne de confiance Mme, M, ou le Docteur**

NOM, Prénoms : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Qui sera consulté(e) (sauf cas d'urgence) au cas où je ne serai plus en état d'exprimer ma volonté concernant les soins, ou recevoir l'information nécessaire à l'exécution des soins.

- (1) Cette désignation vaut pour l'hospitalisation en cours.
- (2) Si vous souhaitez que cette désignation soit étendue, vous pouvez rayer la mention (1) et porter ci-dessous de façon manuscrite la mention « à durée indéterminée » ou « pour toute hospitalisation ultérieure ».

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

*J'ai bien pris note concernant la personne de confiance :*

- *qu'elle rend compte de ma volonté si je suis hors d'état de m'exprimer et de recevoir l'information nécessaire à ma prise en charge, et que son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions, mais les miens et elle s'y engage moralement,*
- *que je peux mettre fin à cette désignation à tout moment,*
- *qu'elle peut m'accompagner dans mes démarches administratives et lors d'entretiens médicaux,*
- *que les informations que j'aurai indiquées au médecin comme étant confidentielles ne seront pas communiquées à la personne de confiance,*
- *que je peux changer d'avis et/ ou de personne de confiance à tout moment en le précisant par écrit, ou par oral devant 2 témoins qui l'attesteront par écrit (il est recommandé de prévenir votre précédente personne de confiance qu'elle n'a plus ce rôle et de détruire le précédent document).*

**Ne souhaite pas désigner une personne de confiance.**

Fait le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Signature

Signature de la personne de confiance

**Est dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.**



## Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Article L 1111-6 du Code de la Santé Publique

### CAS PARTICULIER

**si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le  
formulaire de désignation de la personne de confiance**

Formulaire 2 (en complément du formulaire 1)

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire 1, est bien l'expression de votre volonté.

#### TEMOIN 1 : Je soussigné(e),

NOM, Prénoms : \_\_\_\_\_

Qualité (lien avec la personne) : \_\_\_\_\_

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

M ou Mme \_\_\_\_\_

⇒ que M ou Mme \_\_\_\_\_

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 M ou Mme \_\_\_\_\_

lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées.      oui  non

Fait le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

**Signature**

#### TEMOIN 2 : Je soussigné(e),

NOM, Prénoms : \_\_\_\_\_

Qualité (lien avec la personne) : \_\_\_\_\_

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

M ou Mme \_\_\_\_\_

⇒ que M ou Mme \_\_\_\_\_

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 M ou Mme \_\_\_\_\_

lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées.      oui  non

Fait le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

**Signature**