



DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade
- Article L.1111-6 du code de la santé publique
- Loi du 2.02.16 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- Article L311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Mesure de protection juridique à la personne :
 oui non non renseigné

Date de transmission au mandataire judiciaire :

Je soussigné(e)

Étiquette Patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

patient(e) majeur(e) hospitalisé(e) ou résident à l'HIVA,

Désigne comme personne de confiance pour cette hospitalisation ou cet hébergement

Nom, prénom :

Né(e) le :

à

Domicile :

Téléphone : Privé :

Portable :

Prof. :

Email :

Nature des relations : parent médecin de famille proche

autre, précisez :

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance.

Signature de la personne de confiance :

Cette désignation vaut pour toute la durée du séjour, sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

→ 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

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Fait à

le

Signature du patient / résident :

Si incapacité de la personne hébergée à rédiger elle-même:

Témoïn 1 : Nom – prénom : Qualité

Témoïn 2 : Nom – prénom : Qualité

Fait à le

<i>Signature témoïn n°1</i>	<i>Signature témoïn n°2</i>
-----------------------------	-----------------------------

Patient étant dans l'incapacité de désigner une personne de confiance

Nom du médecin qui déclare l'incapacité :

Date du constat :

<i>Signature du médecin :</i>
