

LA PERSONNE DE CONFIANCE »

Patients concernés



Majeurs
Majeurs protégés

1 »

Les missions de la personne de confiance



Accompagner
le patient dans
ses démarches



Assister aux
entretiens médicaux
avec le patient



Aider le
patient dans
ses décisions



Témoigner des souhaits,
volontés et convictions
du patient

2 »

Qui peut être personne de confiance ?

Une personne **majeure** à laquelle
le patient accorde **sa confiance**
et qui est **d'accord pour remplir**
cette mission



Un parent - Un proche



Médecin traitant

3 »

Comment désigner la personne de confiance ?



PAR ÉCRIT
> formulaire complété
> signé par le patient **ET**
la personne de confiance



Révocable
à tout moment



Désignation
facultative

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e)

Nom _____

Prénoms _____

Date de naissance ____ / ____ / _____ Lieu de naissance _____

Nomme la personne de confiance suivante

Nom _____

Prénoms _____

Adresse _____

Téléphone privé _____ professionnel _____ 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 _____ le _____

Signature

Signature de la personne de confiance