

Formulaire de désignation de la personne de confiance

Article L. 311-5-1 du CASF et Décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016

Si vous souhaitez désigner une personne de confiance (cf. article 2, page 6 du présent livret), ce formulaire est à retourner à votre référent Eliad.

Je soussigné(e)

Nom et prénom :
Né(e) le : à :

Désigne comme personne de confiance

Nom et prénom : Né(e) le : à :
Qualité (lien avec la personne) :
Adresse :
Téléphone fixe : Professionnel : Portable :
E-mail :

Cette personne est informée par mes soins de cette désignation.

Fait à : , le :

Signature

Co-signature de la personne de confiance

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, à savoir (cochez la/les case(s)) :

Cette personne de confiance m'accompagnera dans mes démarches et assistera aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.

Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.

Ne recevra pas d'information que je juge confidentielle et que j'aurais indiqué au médecin.

Sera informée par mes soins de cette désignation.

Je lui ai fait part de mes directives anticipées, 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

Co-signature de la personne de confiance