

**Formulaire de désignation de la personne de confiance**

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. : .....(nom et prénom)  
demeurant .....  
.....  
Téléphone : .....

**Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et**

ne souhaite pas en désigner une.

souhaite en désigner une

J'autorise la personne mentionnée ci-dessous à **m'accompagner dans mes démarches, à assister aux entretiens médicaux**. J'ai bien noté que la personne de confiance que j'ai désignée **pourra être consultée par le médecin au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir directement une information médicale**.

**Identification de la personne de confiance :**

Mme, Mlle, Mr : .....  
demeurant : .....  
.....  
Téléphone : .....

La désignation de Mme, Mlle, Mr, ..... en qualité de personne de confiance est valable pour :

- la durée de mon hospitalisation
- la durée de mon hébergement
- une période du ...../...../..... au ...../...../.....

Fait à ....., le.....(date)

**Signature du patient ou du résident,**

Je soussigné (e) .....(nom et prénom de la personne de confiance) accepte ma désignation comme personne de confiance.

Fait à ....., le.....(date)

**Signature la personne de confiance,**

**Recommandations :**

Il est recommandé de rédiger ce formulaire en 3 exemplaires. Un exemplaire peut être conservé par le patient, un par la personne de confiance et un dans le dossier médical.  
Le patient peut à tout moment révoquer la personne de confiance, par écrit, daté et signé. Dans ce cas, il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu cette information.

**Formulaire de révocation de la personne de confiance**

Je soussigné (e), .....(nom et prénom), révoque la  
personne citée ci-dessous que j'ai désigné comme personne de confiance le  
...../...../.....

**Identification de la personne de confiance révoquée :**

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Numéro de téléphone : .....

Suite à la révocation de Mme, Melle, M .....(nom et prénom)

je ne souhaite pas désigner une autre personne de confiance

je souhaite désigner une autre personne de confiance

**Identité de la nouvelle personne de confiance :**

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Numéro de téléphone : .....

**Fait à** ..... , **le**.....(date)

**Signature du patient ou du résident,**

Je soussigné (e) ..... (nom et prénom du mandataire)  
accepte ma désignation de personne de confiance.

**Fait à** ..... , **le**.....

**Signature de la personne de confiance,**

**Recommandation :**

Il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale établie le  
...../...../.....