SAD Vanne-et-Othe

2 place de la Liberté
89190 Villeneuve
l'Archevêque
Tel : 03 86 86 77 10

Courriel :
ewas@fede89.admr.org

Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles.

73 Rue du Gal De Gaulle
89320 Cerisiers
Tel : 03 86 96 40 08

Courriel :
contact@una-cerisiers.fr

DESIGNATION PERSONNE DE CONFIANCE

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si pendant votre hospitalisation, vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

Je soussigné(e),

Nom..... Prénoms.....

Nom de jeune fille..... Date de Naissance ...../...../.....

Téléphone : ...../...../...../...../..... Téléphone Portable : ...../...../...../...../.....

Email : .....

- ☐ **Désigne ci-dessous une personne de confiance. Je m'engage à l'informer de sa désignation et de son rôle comme personne de confiance et m'assure de son accord. Ses coordonnées sont les suivantes :**

Nom et Prénom(s) .....

Lien avec le patient / résident : .....

Domicilié(e) N° ..... Rue .....

Code Postal ..... Ville .....

Pays (Si autre que la France) .....

Téléphone : ...../...../...../...../..... Téléphone Portable : ...../...../...../...../.....

Email : .....

⇨ 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 ☐

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

- ☐ **Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.**

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner de personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation ou sur papier libre

- ☐ **Patient est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance**

⚠ Situation d'isolement : oui ☐ non ☐

Date : ...../...../..... **Signature du demandeur** **Signature de la Personne de Confiance**
Je certifie avoir été informé (e) de ma désignation en qualité de personne à prévenir

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Qui peut être la personne de confiance ?

Toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission peut l'être. Ce peut être votre conjoint, un de vos enfants majeurs ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant. Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions mais les vôtres et doit s'engager moralement vis-à-vis de vous à le faire. Elle doit être apte à comprendre et respecter les volontés énoncées dans une situation de fin de vie et mesurer la possible difficulté de sa tâche et la portée de son engagement.

La désignation de la personne de confiance vous sera proposée à chaque hospitalisation.

Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et au Code de la Santé Publique – Chapitre 1er : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté – article L. 1111-6