

## Désignation d'une personne de confiance

Date : le ...../...../.....

Je soussigné(e), .....  
né(e) le.....  
résidant au .....

Désigne :

Mr/Mme.....  
né(e) le.....  
résidant au .....,  
(numéro de téléphone .....,  
adresse mail .....).

Lien avec la personne : parent / proche / médecin.

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance jusqu'à ce que j'en décide autrement.

J'ai bien noté que Mr/Mme.....

- Pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté(e) par mon médecin traitant ou l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable, sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité de le (la) joindre.
- 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'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin.
- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature de la personne désignée

Signature

*Ce document est à rédiger en 3 exemplaires : 1 pour le rédacteur, 1 pour la personne désignée et 1 pour le médecin.*