

**Désignation par le patient lui-même**  
**Nom et coordonnées de ma personne de confiance**

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « **personne de confiance** ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....  
.....

désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénoms : .....

Domicilié(e) à : .....

.....

Téléphone fixe : .....Téléphone professionnel : .....

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): .....

► **Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées** (oui/non): .....

Fait le ..... à .....

**Votre signature**

**La personne de confiance**

j'atteste avoir pris connaissance  
du document relatif à mon rôle

j'accepte

je refuse

**Signature**

**Cas particulier : patient dans l'impossibilité d'écrire**

**Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance**, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

**Témoïn 1, la personne de confiance : Je soussigné(e)**

Nom et prénoms : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme .....

→ Que Mr ou Mme .....lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer :  
oui  non

→ Que Mr ou Mme .....lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui  non

Fait le ..... à .....

**Signature**

**Témoïn 2, un membre du personnel : Je soussigné(e)**

Nom et prénoms : .....

Qualité (lien avec la personne) : .....

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme .....

→ Que Mr ou Mme .....lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer :  
oui  non

→ Que Mr ou Mme .....lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui  non

Fait le ..... à .....

**Signature**