

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.

Collez ici l'étiquette patient

Je soussigné,

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénom(s) :

Né(e) le :/...../..... à :

Domicilié(e) à :

.....

désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénoms :

Domicilié(e) à :

.....

Téléphone fixe : Tél. professionnel :

Téléphone portable : Email :

Les données personnelles recueillies via ce formulaire sont traitées par le CH Saint-Louis, 5 rue des vergers – 25290 Ornans afin d'assurer la gestion de votre prise en charge sanitaire, administrative et sociale, le suivi de votre dossier, ainsi que le respect des obligations légales auxquelles l'établissement est soumis. Conformément au RGPD, vous disposez de droits sur vos données (accès, rectification, effacement, limitation et opposition) et pouvez les exercer auprès du Délégué à la Protection des Données de l'établissement via DPO@chi-hc.fr.

► **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 :

Le patient/résident :

La personne de confiance

☐ J'atteste avoir pris connaissance du document relatif à mon rôle

☐ J'accepte

☐ Je refuse

Signature du patient / résident :

Signature de la personne de confiance :

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 : remplir la page 3 de ce formulaire.

Témoign 1, la personne de confiance :

Je soussigné(e) :

Nom et prénoms :

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 M. 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 M. ou Mme lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : Oui ☐ Non ☐

Fait le :/...../.....

à :

Signature Témoign 1, la personne de confiance :

Dans le cas où le patient /résident est dans l'impossibilité d'écrire et/ou de signer lui-même

Témoign 2 :

Je soussigné(e) :

Nom et prénoms :

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 M. 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 M. ou Mme lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : Oui ☐ Non ☐

Fait le :/...../.....

à :

Signature Témoign 2 :

Dans le cas où le patient /résident est dans l'impossibilité d'écrire et/ou de signer lui-même