



FORMULAIRE DE :

- DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
- REVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

<b>DIFFUSION</b> Médecins Unités de soins	<b>RÉFÉRENCE</b> GDE-ENR-2017-0025	<b>DATE D'APPLICATION</b> Septembre 2023	<b>PAGE</b> Page 1 sur 1
---	---------------------------------------	---	-----------------------------

Je soussigné(e)

Nom de naissance : ..... Nom d'usage, .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

**FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE\***

**Je souhaite désigner comme personne de confiance :**

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Coordonnées téléphoniques : .....

E-mail : .....

→ 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 à : ..... le :

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

**J'ai été informé(e) de ma possibilité de désigner une personne de confiance et je ne souhaite pas en désigner une.**

Fait à : ..... le : ..... Signature du patient

**\* Si vous faites l'objet d'une mesure de tutelle, l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille est nécessaire.**

**FORMULAIRE DE REVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

**Je révoque** la personne de confiance identifiée ci-dessus et

**Ne souhaite pas désigner** de nouvelle personne de confiance

**Souhaite désigner** une nouvelle personne de confiance (renseignement d'un nouveau formulaire)

Fait à : ..... le : ..... Signature du patient