

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je souhaite désigner une personne de confiance.

Je, soussigné(e)

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél . :

Désigne M, Mme,

Nom: Prénom :

Adresse :

Tél . :

Lien avec la personne :

pour m'assister en cas de besoin, en qualité de personne de confiance, jusqu'à ce que j'en décide autrement, uniquement pour la durée de ma prise en soins par le SSIAD de Jarny.

J'ai bien noté que la personne de confiance désignée ci-dessus :

- pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- pourra être consultée par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins, et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielle et que j'aurais indiquées au médecin.
- sera informée par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen à ma convenance.

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

J'ai rédigé mes directives anticipées : ou non

Si non, l'Idéc m'a confié le formulaire à remplir ainsi que la documentation. Elle m'a également informé verbalement de l'intérêt de rédiger mes directives anticipées.

Signature de l'utilisateur

Signature de la personne de confiance