

1

PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné {e) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Souhaite désigner comme personne de confiance

J'ai bien noté que la personne que j'ai désignée en tant que personne de confiance pourra être consulté(e) par l'équipe de la clinique au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la)

joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable. A ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à la clinique et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions. Les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance. Il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord. Je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment par écrit.

Madame Monsieur

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Votre lien : le conjoint un parent un proche

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner de personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant la fiche de désignation.

2

CADRE RESERVE A LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Date :

Signature :

3

DIRECTIVES ANTICIPEES

J'ai rédigé des directives anticipées :

OUI NON

La personne de confiance connaît mes directives anticipées

OUI NON

Si je n'ai pas désigné de personne de confiance, qui les détient :

4

RETOUR À DOMICILE

À COMPLÉTER POUR UN SÉJOUR EN AMBULATOIRE (SORTIE LE JOUR MÊME DE VOTRE INTERVENTION)

La présence d'un accompagnant est **obligatoire pour le trajet du retour** au domicile :

Nom:

Prénom :

Téléphone :

La présence d'un adulte est **obligatoire au domicile pendant les premières 24 heures**

Nom:

Prénom:

Téléphone :

5

COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN TRAITANT

Nom:

Adresse :

Téléphone

6

DOSSIER MÉDICAL PARTAGE (DMP)

Avez-vous créé votre DMP :

OUI NON

Si oui, nous autorisez-vous à l'alimenter?

OUI NON

SIGNATURE DU PATIENT

Date et Signature :