

A l'occasion de votre entrée au Centre Hospitalier de Laval, nous vous proposons de désigner une personne de confiance ou de confirmer sa désignation.

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.

Cette personne adulte (parent, ami, médecin) pourra si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

Cette désignation facultative :

- ne peut se faire qu'après discussion et avec l'accord de la personne désignée.
- doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical.
- est valable pour la durée de votre séjour et pour plus longtemps si vous le souhaitez.
- est révocable à tout moment par écrit ; il vous suffit d'en avertir le personnel hospitalier et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

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

\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : ./. /. /. /. /. /. .

Désigne une personne de confiance ☐ oui ☐ non

Nomme la personne de confiance suivante :

Nom, prénoms : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Téléphone privé : ./. /. /. /. /. /. . professionnel : ./. /. /. /. /. /. . portable : ./. /. /. /. /. /. .

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées ☐ oui ☐ non

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature :

Signature de la personne de confiance :

Cadre réservé au service

☐ patient dans l'incapacité médicale de répondre