

PERSONNE A PREVENIR ET PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné (e),

Nom : Nom de naissance :
Prénom (s) : Sexe : M – F
Date de naissance : Lieu de naissance :

DESIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR

La **personne à prévenir** peut être un parent, un proche. C'est la première personne qui sera prévenue du déroulement de l'hospitalisation.

Nom : Nom de naissance :
Prénom (s) :
Lien de parenté :
Téléphone :

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

La **personne de confiance** peut être un parent, un proche, le médecin traitant. Son rôle est d'accompagner la personne malade, d'assister aux entretiens médicaux, de recevoir les informations médicales et d'être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté.

Nom : Nom de naissance :
Prénom (s) :
Lien de parenté :
Téléphone :

☐ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

DIRECTIVES ANTICIPEES :

Avez-vous rédigé vos **directives anticipées** ? ☐ oui ☐ non (si oui, les transmettre à l'infirmière du service).
Pour plus d'informations, consulter www.nctplus.com.

La personne de confiance que vous avez désignée à connaissance de vos directives anticipées :

☐ oui ☐ non. Elle possède un exemplaire ☐ oui ☐ non

Fait à le/...../.....

Signature du patient

Cadre réservé à la personne de confiance

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

Fait à le/...../.....

Signature de la personne de confiance