

# Formulaire de désignation de la personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

## Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé : \_\_\_\_\_ professionnel : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_

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

Signature de la personne de confiance

## CAS PARTICULIER

### Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

#### Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_

Qualité (lien avec la personne) : \_\_\_\_\_

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M \_\_\_\_\_

- que M \_\_\_\_\_ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui      non  
→ que M \_\_\_\_\_ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :  
oui      non

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature

#### Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_

Qualité (lien avec la personne) : \_\_\_\_\_

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M \_\_\_\_\_

- que M \_\_\_\_\_ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui      non  
→ que M \_\_\_\_\_ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :  
oui      non

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature

## Formulaire désignation de la personne de confiance remis à : \_\_\_\_\_

| NOM | Prénom | Qualité<br>(médecin,<br>famille, amis...) | Adresse | Téléphone |
|-----|--------|---|---------|-----------|
|     |        |   |         |           |
|     |        |   |         |           |
|     |        |   |         |           |
|     |        |   |         |           |



[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX  
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00