

 Centre Hospitalier Lanmeur	Document Formulaire de désignation et de révocation de la personne de confiance	Réf. : DPA-RDIP-FOR-015-v.0 Date 1ère version : 05/06/2026 Version : 0
---	--	--

Je soussigné(e), Nom et prénom :
Né(e) le à
patient(e) au Centre Hospitalier de LANMEUR, déclare :

☐ **Avoir reçu l’information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.**

☐ **Avoir reçu l’information relative à la personne de confiance et souhaite en désigner une :**

Au sens de l’article L. 1111-6 du Code de la santé publique, je désigne la **personne de confiance suivante**, pour mon hospitalisation actuelle :

M / Mme (NOM, Prénom) :

Adresse :

Téléphone privé : Téléphone professionnel :

Portable : E-mail :

Cette personne est : ☐ un parent / ☐ un proche / ☐ mon médecin traitant

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 LANMEUR, le ____ / ____ / ____

Signature du **patient** :

Fait à LANMEUR, le ____ / ____ / ____

Signature de la **personne de confiance** :

☐ **Avoir reçu l’information relative à la personne de confiance, souhaite en désigner une mais est 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 précédemment, est bien l’expression de votre volonté.

Témoin 1 : Je soussigné(e) Nom et Prénom

Qualité (lien avec le patient) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l’expression de la volonté libre et éclairée de

M / Mme (NOM, Prénom) :

Fait à, le

Signature :

Témoin 2 : Je soussigné(e) Nom et Prénom

Qualité (lien avec le patient) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l’expression de la volonté libre et éclairée de

M / Mme (NOM, Prénom) :

Fait à, le

Signature :

 Centre Hospitalier Lanmeur	Document Formulaire de désignation et de révocation de la personne de confiance	Réf. : DPA-RDIP-FOR-015-v.0 Date 1ère version :05/06/2026 Version :0
---	--	--

REVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Révocation à l'initiative :

☐ **du patient** : je m'engage à informer ma personne de confiance de sa révocation. Par ailleurs, j'ai informé un membre de l'équipe soignante afin que mon dossier patient soit mis à jour.

☐ **de la personne de confiance** : je m'engage à informer le patient de ma révocation. Par ailleurs, j'ai informé un membre de l'équipe soignante afin que le dossier du patient soit mis à jour.

Nom, date et signature :

Nom, fonction et signature de 2 agents
témoins de la révocation :

CADRE RESERVE AU PERSONNEL SOIGNANT

Le patient est dans l'impossibilité totale de désigner une personne de confiance :

Jour d'entrée du patient :

Impossibilité de désigner une personne de confiance (+ Sillage) : ☐

Date, nom, fonction et signature de 2 agents :