

 **FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

[A remplir impérativement pour toute hospitalisation]

Etiquette d'identification du patient

Je ne souhaite pas à ce jour désigner « une personne de confiance ».

Fait à Aix en Provence, le \_\_\_\_\_

Signature du patient

Je souhaite désigner « la personne de confiance » suivante :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Cette « personne de confiance » a été informée de sa désignation :    oui     non

Fait à Aix en Provence, le \_\_\_\_\_

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

**REVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée ci-dessus.

Fait à Aix en Provence, le \_\_\_\_\_

Signature du patient

**A ramener rempli et signé le jour de votre entrée  
et à remettre à l'IDE qui vous accueille dans l'unité de soins.**