asdr
association de soins à domicile à La Réunion

Fiche de désignation de la personne de confiance

Loi du 04 mars 2002 relative «aux droits du malade et à la qualité du système de santé»
Loi du 22 avril 2005 relative «aux droits des malades et à la fin de vie»

Je soussigné(e)

Nom : ..... Prénoms : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse : .....

Personne majeure prise en charge à l'ASDR dans le service de :

.....

☐ **Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance**

☐ **Je souhaite désigner la personne de confiance suivante :**

Nom - Prénoms : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Nature du lien (facultatif) : .....

*Date et signature de la personne désignée **«personne de confiance» :***

☐ **Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance.**

Cela vaut pour toute la durée de la prise en charge, sauf si je change d'avis ainsi que la loi m'y autorise.

*Date et signature du **patient :***

A ce jour, l'état de santé de
M, Mme, Mlle : ..... Né(e) le : .....

☐ **Ne permet pas le désignation d'une personne de confiance**

*Date et signature du **professionnel ASDR :***

Nom :

Fonction :