SED Gastroparésie N'Cie
ASSOCIATION LOI 1901

297 route de la Seds
13127 Vitrolles
asso.sedgastro@gmail.com
sed-gastro-ncie.org

MODÈLE · ARTICLE L1111-6 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Désignation de ma personne de confiance

Son rôle : m'accompagner dans mes démarches et rendez-vous médicaux si je le souhaite, et être consultée en priorité si je ne peux plus exprimer ma volonté.

Bon à savoir : elle peut être différente de la « personne à prévenir ». Je peux changer ou annuler cette désignation à tout moment, par écrit.

Je soussigné(e)

Nom, prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à : .....

Adresse : .....

Désigne comme personne de confiance

Nom, prénom : .....

Lien avec moi : ☐ famille ☐ ami(e) ☐ conjoint(e) ☐ autre : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

Ce que je lui demande

- ☐ M'accompagner dans mes démarches et assister à mes rendez-vous médicaux
- ☐ Être consultée si je ne peux plus exprimer ma volonté
- ☐ Aider les soignants à communiquer avec moi (gestes, pictogrammes, cartes)
- ☐ J'ai rédigé des directives anticipées : ☐ elle en a un exemplaire

Elle connaît mes outils

☐ Échelle de la douleur ☐ Gestes ☐ Pictogrammes ☐ Carte d'urgence ☐ Fiche soignants

Ma signature

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature de la personne de confiance

« J'accepte d'être désigné(e) »

Garder l'original, en remettre une copie à la personne de confiance, au médecin traitant et lors de chaque hospitalisation. Si je ne peux pas écrire, deux témoins peuvent attester que cette décision est la mienne. Les établissements de santé peuvent proposer leur propre formulaire.

Tous droits réservés