

Etiquette IPP	<b>Cadre à compléter par le patient dialysé</b>
<p><input type="checkbox"/> <b>Ne souhaite pas désigner de personne de confiance :</b>          Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de ma prise en charge à l'ALURAD. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, j'en informerai l'équipe soignante et un formulaire de désignation me sera remis.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Souhaite désigner comme personne de confiance légalement capable :</b></p> <p> <input type="radio"/> Mon/ma conjoint(e)                      <input type="radio"/> Un(e) parent(e)                      <input type="radio"/> Un(e) proche  <input type="radio"/> Un(e) ami(e)                                      <input type="radio"/> Mon médecin traitant                      <input type="radio"/> La personne à prévenir         </p> <p>- NOM marital : ..... PRENOM(S) : .....</p> <p>- NOM de jeune fille : .....</p> <p><b>J'ai bien noté que la personne de confiance que j'ai désignée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Peut m'accompagner dans mes démarches tout au long de mes soins.</li> <li>➤ Peut assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.</li> <li>➤ Peut recevoir les mêmes informations que moi.</li> <li>➤ Peut être consultée dans les situations où je ne pourrais plus exprimer ma volonté.</li> <li>➤ Est informée par mes soins de sa désignation et m'a donné son d'accord pour toute la durée de mon traitement</li> <li>➤ Peut être révoquée à tout moment par écrit.</li> </ul> <p><b>Fait à ..... le ..... Signature :</b></p>	

<b>Cadre à compléter par la personne de confiance</b>
<p>Je soussigné(e) : Mme/Mr .....</p> <p>PRENOM(S) : .....</p> <p>Né(e) le .....</p> <p>ADRESSE.....</p> <p>.....</p> <p>TELEPHONE(S).....</p> <p><b>Certifie avoir été informé(e) de ma désignation et être légalement capable en qualité de personne de confiance de : Mr/Mme/ Mlle .....</b></p> <p><b>Fait à ..... le ..... Signature :</b></p>

<p><input type="checkbox"/> <b>Souhaite révoquer ma personne de confiance désignée ci-dessous à compter du</b>          ...../...../.....</p> <p><b>Fait à ..... le ..... Signature :</b></p>
---