



### DESIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR

Je désigne la même personne que la personne de confiance dont l'identité est mentionnée sur cette fiche.

Je désigne la personne suivante :

Adresse :

Nom : .....

.....

Nom de jeune fille : .....

.....

Prénom : .....

Téléphone(s) : .....

Téléphone portable : .....

Fax / e-mail : .....

Cette personne à prévenir est :

Un proche

Un parent

Autres

Lien de parenté :

Précisez : .....

.....

### Cadre réservé au patient pour notifier la révocation ou le changement de désignation de la personne de confiance

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la présente fiche :

Oui

Fait le : ...../...../.....

à : .....

**En cas de révocation** : remplir ce tableau et remettre la fiche au personnel soignant.

*Signature* :

**En cas de changement de désignation** : remplir ce tableau, remettre la fiche au personnel soignant et demander une nouvelle fiche à remplir.

Fait le : ...../...../.....

à : .....

*Signature du patient* :

*Signature de la personne de confiance* :