

En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

PATIENT

Je soussigné (e),

NOM marital : NOM de jeune fille :

PRENOM (S) :

DATE et LIEU NAISSANCE :

Admis (e) au sein de l'établissement de santé en vue d'une hospitalisation à compter du/...../..... pour la durée du traitement.

PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE

- Non applicable** (en cas d'incapacité du patient à s'exprimer) → remplir la case « **personne à prévenir** »
- Patient en incapacité physique d'écrire → remplir fiche « **cas particulier pour la désignation de la personne de confiance** »
- Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance** : (remplir la case « **personne à prévenir** »)

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation.

- Je souhaite désigner comme personne de confiance :**

<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Mademoiselle
NOM marital : NOM de jeune fille :		
PRENOM (S) :		
DATE et LIEU DE NAISSANCE :		
ADRESSE :		
.....		
TELEPHONE(S):		
FAX/E-MAIL:		

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

- Epoux(se)
- Fils / Fille
- Ami
- Autre :

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : oui non

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

**J'ai été informé (e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.
Je peux révoquer cette désignation à tout moment.**



Fait à
Le...../...../.....

Signature du patient :

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à

Signature :

Le...../...../.....

Personne à prévenir = personne qui s'occupera de vos démarches administratives : (si différent de la personne de confiance)

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Lien :