



Formulaire de désignation d'une personne de confiance

(art. L.1111-6 du code de la santé publique)

À remettre à votre arrivée dans le service d'hospitalisation
Ce document sera joint au dossier patient.

Je soussigné(e)

nom, prénom.....

date de naissance /...../...../...../

adresse

.....

tél, e-mail

ne souhaite pas désigner une personne de confiance

désigne **M., Mme**, (nom, prénom, adresse, tél, e-mail)

.....

.....

Votre lien avec la personne de confiance

Parent

Proche

Médecin traitant

pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance,

pour la durée de mon hospitalisation,

pour toute hospitalisation jusqu'à révocation de ma part,

J'ai bien noté que M. Mme

➤ pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière dans le cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de joindre ma personne de confiance, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

➤ pourra, à ma demande, m'accompagner dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.

➤ ne recevra pas les informations que je juge confidentielles et dont j'aurais fait part au médecin.

➤ qu'il me revient d'informer ma personne de confiance de cette désignation et de m'assurer de son accord.

Je peux modifier ou mettre fin à cette désignation à tout moment.

Fait à

Le

Signature

Signature de la personne désignée

Pièces à joindre si vous êtes sous tutelle : autorisation du juge ou du conseil de famille

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à vous adresser à votre médecin.

Un double de ce document est conservé par le patient