

VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE

FICHE DE DÉSIGNATION

DOCUMENT À RAMENER LORS DE VOTRE HOSPITALISATION

IMPORTANT : 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 L1111-6, 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.

Je soussigné(e), NOM d'usage :
NOM de naissance :
Prénom(s) :
Né(e) le : / / Lieu de naissance : /
Adresse :
Téléphone(s) : //
Email :

Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue de : Hospitalisation Actes ambulatoires

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance : Je reconnais avoir été informé(e) 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. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Je souhaite désigner comme personne de confiance : Monsieur Madame

NOM d'usage :
NOM de naissance :
Prénom(s) :
Né(e) le : / / Lieu de naissance : /
Adresse :
Téléphone(s) : //

- Cette personne de confiance, légalement capable, est : Un proche Un parent Mon médecin traitant
- 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

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de changement de désignation de la personne de confiance.

Fait à, le / / Signature :

Avez-vous pensé à vos Directives Anticipées ? Si vous vous posez des questions sur le sujet, sachez que nos professionnels de santé sont là pour y répondre et vous orienter.

CADRE RÉSERVÉ À LA PERSONNE DE CONFIANCE

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

Fait à, le / / Signature :