

# Fiche 5

## Fiche de designation de la Personne de Confiance

En application de la loi n° 303 du 4 Mars 2002 relative aux droits du malade 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.

### Je soussigné(e) :

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone(s) : .....

### Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue de :

Hospitalisation       Actes ambulatoires       Soins externes       Urgent

A compter du : ..... pour la durée du traitement

### 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 la désigner, sachant que je peux à tout moment le faire pendant la durée de mon séjour. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant une fiche de désignation.

**Je souhaite désigner comme de personne de confiance**

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Date et 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

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

Fait à : ..... Le : ..... **Signature personne de confiance**

**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 une fiche de désignation.**

Fait à : ..... Le : ..... **Signature du patient**



Clinique des Cèdres