

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.

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

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 personne de confiance :

M.... 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 :