



DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE



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, vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance. La désignation de la personne de confiance n'exclut pas celle d'une ou plusieurs personnes à prévenir en cas de besoin.

Je soussigné,

Nom marital Nom de jeune fille

Prénom :

Date de Naissance:

- certifie avoir été informé(e) sur la Personne de Confiance par l'équipe soignante et
- ne souhaite pas désigner de personne de confiance
- désigne comme personne de confiance

M/Mme/Melle..... Nom de jeune fille

Prénom :

Date de Naissance:

Cette personne est : un proche un parent mon médecin traitant mon curateur

J'ai été informé que cette désignation vaut pour la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer ou changer de personne de confiance à tout moment et je m'engage à en informer l'établissement par écrit

Fait à : Le : Signature :

J'ai bien noté :

- qu'à ma demande, cette personne de confiance m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions
- que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne lui seront pas communiquées
- qu'elle devra être consultée par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins. Dans cette circonstance, sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité de la joindre, aucun examen ou traitement ne pourra être décidé sans sa consultation préalable
- qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord
- que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et que dans ce cas je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche prévue à cet effet.

- Je souhaite que la personne de confiance que j'ai désignée soit informée régulièrement des diagnostics et des traitements me concernant, à l'exception des informations que je juge confidentielles que j'aurais indiquées au médecin.
- Je ne souhaite pas que la personne de confiance soit informée régulièrement.

Fait le

Signature du patient





Cadre réservé à la personne de confiance :

Je soussigné(e):

Nom..... Prénoms

Certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance de la personne ci-dessus identifiée et avoir été informé(e) sur ma mission grâce au document sur le rôle de la personne de confiance qui m’a été remis par l’hôpital.

Fait le Signature de la personne de confiance désignée

Cadre réservé au patient pour la révocation de la personne de confiance

Je décide de révoquer la désignation de

M. / Mme / Mlle..... Prénoms.....

comme personne de confiance à compter du / /

- Je ne souhaite pas désigner une autre personne de confiance
- Je désigne comme nouvelle personne de confiance :

M. / Mme / Mlle Nom de jeune fille

Prénoms Né(e) le / /

Demeurant à

.....

Téléphones :

Cette personne de confiance est :

- un proche
- un parent
- mon médecin traitant
- mon curateur

- Je souhaite que la personne de confiance que j’ai désignée soit informée régulièrement des diagnostics et des traitements me concernant, à l’exception des informations que je juge confidentielles que j’aurais indiquées au médecin.
- Je ne souhaite pas que la personne de confiance soit informée régulièrement.

Fait le Signature du patient

Cadre réservé à la nouvelle personne de confiance

Je soussigné(e):

Nom Prénoms

Certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance de la personne ci-dessus identifiée et avoir été informé(e) sur ma mission grâce au document sur le rôle de la personne de confiance qui m’a été remis par l’hôpital.

Fait le Signature de la personne de confiance désignée