



DESIGNATION DE LA 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.

Cadre réservé au patient

Je soussigné(e)

Nom de naissance Nom d'usage

Prénoms 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 :

Nom de naissance Nom d'usage

Prénoms Date de naissance/...../.....

Demeurant à

Téléphone fixe Téléphone portable

Cette personne de confiance est :

un proche

un parent

mon médecin traitant

mon curateur

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 de naissance Nom d'usage

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

Nom de naissance Nom d'usage
 Prénoms Date de naissance/...../.....
 Comme personne de confiance à compter du/...../.....

Et,

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

Nom de naissance Nom d'usage
 Prénoms Date de naissance/...../.....
 Demeurant à
 Téléphone fixe Téléphone portable

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 de naissance Nom d'usage
 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