

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Etiquette réservée à l'Etablissement

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 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 de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je soussigné(e),

NOM marital : _____ NOM de jeune fille : _____

PRENOM(S) : _____

DATE et LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE(S) : _____ FAX-MAIL : _____

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

- Hospitalisation Actes ambulatoires Soins externes Urgences
à compter du _____ pour la durée du traitement

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance :

Je reconnais avoir été informé 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, en remplissant la fiche de désignation.

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

Monsieur

Madame

Mademoiselle

NOM marital : _____ NOM de jeune fille : _____

PRENOM(S) : _____

DATE et LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE(S) : _____ FAX-MAIL : _____

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 désignation.

Fait à _____ Le _____. Signature du patient :

Cadre réservé à la personne de confiance

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

Fait à _____ Le _____. Signature :

Fait en 3 exemplaires dont un est remis au patient, un conservé par l'établissement, un par la personne de confiance