



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 de naissance : _____ NOM d'usage : _____

PRENOM(S) : _____

DATE et LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE(S) : _____ MAIL : _____

Admis(e) au sein de l'établissement de santé : Polyclinique de Blois

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 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

NOM de naissance :

NOM d'usage :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

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

Je désigne cette personne de confiance pour :

La durée de mon hospitalisation

Ou toutes hospitalisations dans l'établissement

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.

Les directives anticipées sont destinées à recueillir vos volontés sur votre fin de vie, dans la situation où vous ne seriez plus en capacité de vous exprimer. Vous trouverez des explications dans le livret d'accueil et votre passeport d'hospitalisation.

J'ai rédigé mes directives anticipées : OUI NON

Si oui, J'ai remis un exemplaire à ma personne de confiance : OUI NON

J'ai remis un exemplaire au personnel soignant : OUI NON

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