

Désignation de la personne de confiance et de la personne à prévenir

PERSONNE DE CONFIANCE

(Article L.1111-6 du code de la Santé Publique)

Je soussigné(e),

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom(s) : Date de naissance :

Admis(e) au sein de l'établissement en vue d'une hospitalisation :

- Je ne souhaite pas désigner une 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 une personne de confiance

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom(s) : Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Cette personne de confiance est :

Un proche Un parent Mon médecin traitant Autre :

J'ai été informée :

- Que cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable ;
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches 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 seront pas communiquées à cette personne de confiance ;
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Fait à : Le : Signature de la personne de confiance :

PERSONNE À PRÉVENIR

(À remplir seulement si la personne à prévenir est différente de la personne de confiance)

Je désigne la personne suivante :

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom(s) : Téléphone :

Cette personne à prévenir est

Un proche Un parent Mon médecin traitant Autre :

Fait à : Le : Signature du patient :