

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

(Article L IIII-6 du code de la santé publique)
Formulaire à rendre au médecin lors de l'entrée

Je soussigné(e) (nom-prénom-adresse) :

.....
.....

Désigne M., Mme, (nom-prénom-adresse-tel-fax-email)

.....
.....
.....

Lien avec le patient (parent-proche-médecin traitant-tuteur)

.....

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance pour la durée de mon séjour.

J'ai bien noté que M., Mme

.....

- Pourra être consulté par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou d'impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- Qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin ne seront pas communiqués à la personne de confiance.
- Qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord.
- Que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.
- Visa de la personne de confiance (facultatif)

Fait à

Le

Signature :