

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 L1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information à cette fin.

FICHE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné (e),

NOM de naissance : NOM marital:

Prénom (s) :

Date et Lieu de Naissance :

Adresse :

Téléphone Portable : Téléphone Fixe :

Fax/ E-mail :

Je désigne :

Mademoiselle

Madame

Monsieur

NOM de naissance : NOM marital:

Prénom (s) :

Date et Lieu de Naissance :

Adresse :

Téléphone Portable : Téléphone Fixe :

- Lien de parenté avec cette personne, légalement capable, (parent, proche , 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'Etablissement, en remplissant de nouveau la fiche de désignation à demander à l'équipe soignante du service d'hospitalisation.

- Je m'engage à la prévenir de ma décision.

Signature de la personne désignée (*recommandé*)

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'Etablissement**, en remplissant la fiche de désignation à demander à l'équipe soignante du service d'hospitalisation

Fait à

Le/...../.....

Signature du patient (Obligatoire)