

Extrait de l'Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin ».

Je soussigné(e),

NOM de naissance : NOM usuel (marital) :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Date d'hospitalisation ou de prise en charge :/...../.....

OU
Etiquette patient

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :

OUI : , pour la seule durée de mon hospitalisation

NON :

Si oui, remplir le cadre suivant :

Ma personne de confiance est :

Monsieur

Madame

NOM de naissance : NOM usuel (marital) :

Prénom(s) : Date de Naissance :/...../.....

Adresse :

Téléphone(s) :

Cette personne de confiance est :

Mon médecin traitant

Un parent

Un proche, précisez la nature des relations :

A-t-elle été informée de sa désignation comme personne de confiance ? oui non

Date et signature de la personne de confiance (recommandée) :

J'ai été bien informé(e) :

- 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 en 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 (notamment au moyen de la présente fiche).

Fait le :/...../..... à :

Signature du patient :

PARTIE RESERVEE AUX PROFESSIONNELS :

Sous sa dictée, le patient a désigné comme personne de confiance, pour la seule durée de son hospitalisation :

Monsieur

Madame

NOM de naissance : NOM usuel (marital) :

Prénom(s) : Date de Naissance :/...../.....

Adresse :

Téléphone(s) :

Cette personne de confiance est : Son médecin traitant Un parent

Un proche, précisez la nature des relations :

A-t-elle été informée de sa désignation comme personne de confiance ? oui non

Date et signature de la personne de confiance (recommandée) :

Nom du soignant : Signature :

Date :/...../.....

Le patient est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance.

Nom du soignant : Date :/...../.....

Signature :



CADRE RESERVE AU PATIENT POUR NOTIFIER LA REVOCATION OU LE CHANGEMENT DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE.

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sus nommée : Mme/Mr :

Fait le :/...../..... à : Signature :

Je souhaite désigner une nouvelle personne de confiance OUI NON

Si oui, remplir le cadre suivant :

Ma personne de confiance est, pour la seule durée de mon hospitalisation :

Monsieur

Madame

NOM de naissance : NOM usuel (marital) :

Prénom(s) : Date de Naissance :/...../.....

Adresse :

Téléphone(s) :

Cette personne de confiance est : Mon médecin traitant Un parent

Un proche, précisez la nature des relations :

A-t-elle été informée de sa désignation comme personne de confiance ? oui non

Date et signature de la personne de confiance (recommandée) :