

FICHE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

1^{er} Ex : destiné au patient / 2^{ème} Ex : destiné à la personne de confiance / 3^{ème} Ex : destiné au dossier médical

(ETIQUETTE PATIENT)

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 d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin."

Je soussigné(e),

NOM (marital) : _____ NOM (de jeune fille) : _____

Prénom (s) : _____ Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ E-m@il : _____

Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue d'une prise en charge en :

Hospitalisation Hôpital de jour / Ambulatoire Urgence

à compter du : ____/____/20____ pour la durée de mon séjour.

« Cette désignation n'est pas applicable par les mineurs »

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER DE 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.**

JE SOUHAITE DÉSIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE :

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM (marital) : _____

NOM (de jeune fille) : _____

Prénom (s) : _____

Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

E-m@il : _____

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche Un parent Mon médecin traitant

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'établissement.

Fait à : _____ Le : ____/____/20____ Signature du patient(e) :

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé (e) de ma désignation en qualité de personne de confiance

Fait à : _____ Le : ____/____/20____ Signature de la personne de confiance :