



## FORMULAIRE DE DÉSIGNATION PERSONNE DE CONFIANCE

### INFORMATIONS MEDICALES

JE SOUHAITE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

OUI

NON

Je soussigné (e),

Mr/Mme.....

Né (e) le..... à .....

Désigne la personne de confiance suivante :

(Au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique et de l'article 311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles) \*

Mr/ Mme.....

Adresse.....

Téléphone.Personnel.....Téléphone.Professionnel.....

Adresse mail.....

Fait à.....Le.....

Signature du patient (e)

\*Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut-être un parent, un proche ou le médecin traitant, et 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. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. La personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions lors de son hospitalisation

**Document à conserver dans le dossier du Patient**

Loi 2002 – 303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades

Et à la qualité du système de santé.

Article L1111-6 du Code de la Santé Publique.

**Cadre réservé au personnel.**

**Résilié le.....**

*(A renseigner si changement en cours d'hospitalisation – un nouveau formulaire devra alors être ajouté au dossier)*