

## FICHE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(sauf pour les mineurs et personnes sous tutelle)

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 majeur peut désigner une personne de confiance (parent, proche ou médecin traitant) qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation sauf si le patient souhaite la modifier (dans ce cas-là, remplir un nouvel imprimé).

**Cette fiche est à remettre complétée lors de votre admission.**

Je soussigné(e),

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM D'USAGE : .....

PRÉNOM(S) : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....

TÉLÉPHONE DOMICILE : ..... PORTABLE : .....

Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue de :  Hospitalisation  Ambulatoire

**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 de 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, en remplissant la fiche de désignation.

**Je souhaite désigner une personne de confiance :**

Madame  Mademoiselle  Monsieur

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM D'USAGE : .....

PRÉNOM(S) : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....

TÉLÉPHONE DOMICILE : ..... PORTABLE : .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche  Un parent  Mon 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 décision à tout moment, et dans ce cas,**

**Je m'engage à en informer l'établissement en remplissant la fiche de désignation.**

Fait à : ..... le : ....., signature du patient :

**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 : ....., signature :