

## ► DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

### A COMPLETER PAR LE PATIENT

(Avant la consultation d'anesthésie et/ou d'hospitalisation)

**Article L. 1111-6**

*(Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 art.11, J.O. du 5 mars 2002)*

*(Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 art.10 II, J.O. du 23 avril 2005)*

**"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. 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 ».**

Je soussigné(e) :

Nom de naissance : ..... Nom marital .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

**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

**Je souhaite désigner comme personne de confiance**

Nom marital : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone(s) : .....

Fax/E-mail : .....

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 le .....

Signature du patient :

**Patient dans l'incapacité de désigner une personne de confiance**

Cadre réservée à la personne de confiance

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

Fait à .....

Le .....

Signature :

