

Désignation d'une personne de confiance



(Article L.1111-6 du code de la santé publique)

Je, soussigné(e)

Prénom

Nom

Adresse

Code postal

Ville

Date de naissance

Désigne la personne de confiance suivante:

Prénom

Nom

Adresse

Code postal

Ville

Tel

Portable

Email

→ Ma personne de confiance

- **M'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital** et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- **Ne sera pas informé(e)** des renseignements que je jugerais confidentiels
- **Pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière si je ne pouvais pas exprimer ma volonté** concernant les soins ou recevoir l'information nécessaire .dans ces circonstance, sauf en cas d'urgence ou impossibilité de la (le) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

→ J'ai bien noté:

- que son nom et ses coordonnées seront dans mon dossier et garantis par le secret médical conformément à la durée légale
- qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord
- que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen
- Que son avis prévaut sur tout autre

Signature du patient

Fait à

Le

Ce document est à remettre à un soignant, dès, rédactions.

Il sera classé dans votre dossier médical.

Un double peut vous être fourni à votre demande.

