



## FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

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.

### PATIENT

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : .....

*Etiquette  
(Cadre réservé à l'administration)*

### DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

**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. A tout moment, je peux procéder à cette désignation que j'effectuerai par écrit.

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

La personne m'accompagnera dans toutes mes démarches et assistera à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :  Oui  Non

Cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. « J'ai été informé(e) de la possibilité de révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit la responsable du service de soins ».

Personne de confiance :  Proche  Parent  Médecin traitant

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

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

Adresse : .....

Téléphone(s) : .....

Fait le : .....

**Signature du patient**

Fait le : .....

**Signature de la personne de confiance  
(recommandée)**