



FICHE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Toute personne majeure hospitalisée peut désigner une personne dite de confiance pour :

- ✓ **l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions ;**
- ✓ **exprimer la volonté du malade dans l'hypothèse où ce dernier serait hors d'état de le faire et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.**

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002
relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
(article L 1111-6 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e)

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Né(e) : / / à :

désigne comme personne de confiance (cochez la case de votre choix) :

- pour la seule durée de mon hospitalisation dans l'établissement
 pour la durée de mon hospitalisation dans l'établissement et ultérieurement

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle	
Nom :	Adresse :

Nom de jeune fille :

Prénom :	
Téléphone(s) (fixe ou mobile)	Courriel :

J'informerai de cette désignation l'intéressé(e) majeur(e) et m'assurerai de son accord. Je lui remettrai le document le (la) concernant

Fait le : à :

Signature du patient :

Ce document rempli est à remettre lors de votre accueil infirmier le jour de votre hospitalisation