

Formulaire

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

QU'EST-CE QU'UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, vous pouvez, si vous le souhaitez et si vous êtes majeur, désigner une « personne de confiance ». La personne de confiance que vous désignez représente l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé tout au long de votre prise en charge.

Elle est tenue de respecter la confidentialité des informations qui lui seront transmises vous concernant, et peut, selon vos souhaits :

- › partager le secret médical des informations vous concernant,
- › assister à vos côtés aux entretiens médicaux,
- › vous accompagner dans vos démarches et dans vos prises de décisions,
- › être consultée dans le cas où vous ne pourriez pas exprimer votre volonté,
- › être consultée dans le cas où vous ne pourriez pas recevoir une information.

QUI POUVEZ-VOUS DÉSIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE ?

La personne de confiance doit être majeure. Elle peut être un membre de votre famille, un proche ou votre médecin traitant. **Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie et de lui faire signer ce formulaire.** Cette désignation est facultative et n'est valable que pour la durée de cette hospitalisation. Elle doit être écrite et peut être révoquée à tout moment, à l'aide du formulaire de révocation disponible sur demande dans votre service de soins ou à l'accueil de l'établissement.

PERSONNE HOSPITALISÉE

FAIT LE :
À :
SIGNATURE(S) :

- ☐ Souhaite désigner une personne de confiance
- ☐ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

VOUS SOUHAITEZ DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Je soussigné(e) :

Nom :
Prénom :
Nom de naissance :
Date de naissance : / /
Sexe : ☐ F ☐ M
Téléphone :
Mail :
Adresse :
Ville :
Code postal :

La personne de confiance que j'ai désignée est :

Nom :
Prénom :
Nom de naissance :
Date de naissance : / /
Sexe : ☐ F ☐ M
Téléphone :
Mail :
Adresse :
Ville :
Code postal :

Cette personne est :

- ☐ Un membre de ma famille
- ☐ Un proche
- ☐ Mon médecin traitant

PERSONNE DE CONFIANCE

FAIT LE : À :
SIGNATURE(S) :