

# A REMPLIR ET A REMETTRE A VOTRE ENTREE

	ENREGISTREMENT	ENR/DPA/002.A
	<b>Fiche de désignation de la personne de confiance</b>	<b>Date de création 19/11/2013</b>

**ETIQUETTE  
PATIENT**

**IMPORTANT** : 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.

- Je soussigné(e),

NOM marital : ..... NOM de jeune fille : .....  
 PRENOM(S) : .....  
 DATE et LIEU NAISSANCE : .....  
 ADRESSE : .....  
 TELEPHONE(S) : .....  
 FAX/E-MAIL : .....

Admis(e) au sein de l'établissement de santé en vue de :

- Hospitalisation     
  Actes ambulatoires     
  soins externes     
  Urgence

*à compter du ..... pour la durée du traitement*

- Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance**

Je reconnais avoir été informé 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. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation (modèle 2)

- Je souhaite désigner **personne de confiance** :

- Monsieur     
  Madame     
  Mademoiselle

NOM marital : ..... NOM de jeune fille : .....  
 PRENOM(S) : .....  
 DATE et LIEU NAISSANCE : .....  
 ADRESSE : .....  
 TELEPHONE(S) : .....  
 FAX / E-MAIL : .....

- Cette personne de confiance, légalement capable, est :
  - Un proche       Un parent       Mon médecin traitant
- Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :
  - oui       non

**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, en remplissant la fiche de désignation (modèle 2)**

Fait à .....  
 Le .....

Signature du patient :

*Cadre réservé à la personne de confiance*

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

Fait à .....  
 Le .....

Signature :