

# désigner une personne de confiance

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

**Formulaire à remplir puis à remettre soit au médecin-chef du service concerné, soit au directeur de l'hôpital.**

**LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE SIGNÉ RECTO ET VERSO**

Je, soussigné(e) (nom, prénom) .....

.....

Né(e) le .....

Domicilié(e).....

.....

Désigne M, Mme, Mlle (nom, prénom).....

Adresse.....

Tél., fax, e-mail.....

Lien avec le patient (parent, proche, médecin traitant) :.....

.....

Pour m'assister en cas de besoin, en qualité de personne de confiance :

pour la durée de mon hospitalisation à l'hôpital

pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

Fait à :

Le :

Votre signature :

Signature de la personne désignée (recommandé) :

# désigner une personne de confiance

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

J'ai bien noté que M, Mme, Melle.....

Pourra m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.

Pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le(la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.

Ne recevra pas d'information que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.

Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de mon accord.

Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Fait à :

Le :

Votre signature :

Signature de la personne désignée (recommandé) :