



## FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

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

Vous venez d'être admis à l'hôpital et allez y séjourner. Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner « **une personne de confiance** ».

De qui s'agit-il ?

- C'est une personne **majeure**, suffisamment **proche** de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (ex : un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin...).
- Cette désignation est **facultative**.
- Cette personne pourra, **si vous le souhaitez**, vous aider dans les démarches à accomplir, assister à vos entretiens afin de vous conseiller sur des choix thérapeutiques.
- Si vous la désignez, sa présence s'avèrera indispensable si vous ne deviez plus être en mesure de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes thérapeutiques. Elle deviendra alors l'interlocuteur exclusif consultée par l'équipe médicale qui pourra adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.
- Cette désignation dure le temps de votre hospitalisation et est **révocable** à tout moment en le signalant simplement au personnel hospitalier.

Je soussigné(e), Mme, Mlle, M. : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.

Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et souhaite désigner :

Mme, Mlle, M. : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**qui deviendra personne de confiance.**

Fait le ..... A .....

Signature de la personne de confiance

Signature du patient

**Confirmation pour chaque séjour**

Confirmée le :

Confirmée le :

Confirmée le :

Confirmée le :