



Formulaire de désignation de la personne de confiance

(article L1111-6 du code de Santé Publique)

EN-ADM-01.01

Date d'application :
01/08/2013
Page 1/1

Je soussigné (e),

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Déclare avoir reçu l'information relative à la « personne de confiance ».

Je ne souhaite pas à ce jour désigner « une personne de confiance »

Je souhaite désigner la « personne de confiance » suivante

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Email :

Cette personne est : un parent un proche un soignant

Cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation et/ou de mes soins.

Il me revient d'informer la personne de confiance de sa désignation et de m'assurer de son accord.

Fait à Mauléon, le Signature du patient :

REVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée ci-dessus.

Fait à Mauléon, le Signature du patient :

- Cette personne de confiance pourra, **si vous le souhaitez**, vous aider dans les démarches à accomplir, assister aux entretiens avec votre médecin, vous informer et vous conseiller.
- Sa présence pourra également s'avérer indispensable **si vous ne deviez plus être en mesure de recevoir les informations médicales ni consentir à des actes thérapeutiques**. Elle deviendrait alors un **interlocuteur privilégié** et serait la seule personne consultée par l'équipe médicale qui pourrait adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.
- **Cette désignation est facultative**. Elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier.
- **Cette désignation est révocable à tout moment par écrit**. Il suffit d'en avvertir le personnel et de désigner le cas échéant une nouvelle personne de confiance.

A REMPLIR PAR L'ETABLISSEMENT

L'état du patient à son admission ne lui permet pas de procéder à la désignation d'une personne de confiance.

Date : Nom du professionnel : Signature :