

# 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 :

- 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 : .....  
Adresse : .....  
.....  
Ville : .....  
Code postal : .....  
Mail : .....

##### Cette personne est :

- un membre de ma famille
- un proche
- mon médecin traitant

#### PERSONNE DE CONFIANCE

FAIT LE :  
À :  
SIGNATURE :