



Fiche de désignation d'une personne de confiance

(article L.1111-6 du Code de la 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. Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions concernant votre état de santé, et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, votre médecin traitant...).

J'ai bien été informé(e) :

- Que cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe médicale 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 en cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable ;
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions ;
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance ;
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment (notamment au moyen de la présente fiche).

Je soussigné(e) :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Né(e) le : À :

Souhaite, après avoir pris connaissance des informations ci-dessus, désigner une personne de confiance :

Oui Pour la seule durée de mon hospitalisation
dans l'établissement

Non

Fait le : / /

À :

Signature du patient :

➔ **Document à remettre à l'infirmière ou à l'aide-soignante du service.**

Si **oui**, je désigne :

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom :

Adresse :

Nom de jeune fille :

.....

Prénom(s) :

.....

Téléphone :

.....

Cette personne de confiance est :

Un proche Un parent Mon médecin traitant

Et accepte d'être désignée comme personne de confiance :

Signature de la personne de confiance :
(Obligatoire)

A remplir par le soignant si le patient est dans l'impossibilité de s'exprimer et de désigner une personne de confiance

Nom du soignant:

Signature du soignant:

Fait le : / / À:

Cadre réservé pour notifier la révocation ou le changement de désignation de la personne de confiance

En cas de révocation (du patient ou de la personne de confiance) : remplir ce tableau et remettre la fiche au personnel soignant.

En cas de changement de désignation : remplir ce tableau, remettre la fiche au personnel soignant et demander une nouvelle fiche à remplir

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la présente fiche :

Oui

Fait le : / / À:

Signature du patient :

Je ne souhaite plus être désignée personne de confiance de :

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom :

Fait le : / / À:

Signature de la personne de confiance :