



INFORMATIONS SUR LA DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

Selon l'article L.1111-6 de la loi du 4 mars 2002, vous pouvez désigner une personne majeure de confiance qui peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant. Cette personne sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire. Elle pourra aussi vous accompagner dans vos démarches et assistera si vous le souhaitez aux entretiens avec un médecin de l'établissement.

Cette désignation n'est valable que pour cette hospitalisation et est révocable à tout moment (en informer un(e) infirmier(e) du service pour annuler ce formulaire).

Mme Laflaquière, Directrice

CE DOCUMENT DOIT ETRE REMIS À L'INFIRMIER(E)

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) :

Né(e) le :

☐ **Ne désigne aucune personne de confiance à ce jour.**

☐ **Désigne M. Mme :**

en tant que personne de confiance qui m'assistera tout au long de mes soins et pour les décisions à prendre concernant mon état de santé.

Lien avec la personne : parent médecin proche

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Elle pourra participer aux entretiens médicaux : Oui Non

Je l'ai informé de sa désignation et confirme son accord. Je note que je peux annuler ou modifier à tout moment cette désignation.

Fait à, Signature du patient :

le : Signature de la personne de confiance :



INFORMATIONS SUR LA DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

Selon l'article L.1111-6 de la loi du 4 mars 2002, vous pouvez désigner une personne majeure de confiance qui peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant. Cette personne sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire. Elle pourra aussi vous accompagner dans vos démarches et assistera si vous le souhaitez aux entretiens avec un médecin de l'établissement.

Cette désignation n'est valable que pour cette hospitalisation et est révocable à tout moment (en informer un(e) infirmier(e) du service pour annuler ce formulaire).

Mme Laflaquière, Directrice

CE DOCUMENT DOIT ETRE REMIS À L'INFIRMIER(E)

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) :

Né(e) le :

☐ **Ne désigne aucune personne de confiance à ce jour.**

☐ **Désigne M. Mme :**

en tant que personne de confiance qui m'assistera tout au long de mes soins et pour les décisions à prendre concernant mon état de santé.

Lien avec la personne : parent médecin proche

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Elle pourra participer aux entretiens médicaux : Oui Non

Je l'ai informé de sa désignation et confirme son accord. Je note que je peux annuler ou modifier à tout moment cette désignation.

Fait à, Signature du patient :

le : Signature de la personne de confiance :