

**IMPORTANT :** En application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je soussigné (e),

NOM de naissance:..... NOM d'usage : .....

PRENOM(S) : .....

**Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance :**

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, **je m'engage à en informer par écrit l'établissement**, en remplissant la fiche de désignation.

**Je souhaite désigner comme personne de confiance :**

Monsieur     Madame     Mademoiselle

NOM de naissance : .....

NOM d'usage : .....

PRENOM (S):.....

ADRESSE:.....

TELEPHONE(S):.....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche     Un parent     Mon médecin traitant     Conjoint

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :  OUI     NON

**N'est pas en mesure de désigner une personne de confiance**

Je reconnais avoir été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, **je m'engage à en informer par écrit l'établissement**, en remplissant la fiche de désignation.

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

**Signature du patient**



*Cadre réservé à la personne de confiance*

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à

Le

**Signature**

