

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

En application de l'article L 1111-6 du Code de santé Publique, vous avez la possibilité de désigner une Personne de Confiance. La désignation de la personne de confiance n'exclut pas celle d'une ou plusieurs personnes à prévenir en cas de besoin.

Je soussigné(e)

Nom marital: Nom de jeune fille:

Prénoms: Né(e) le/...../.....

- certifie avoir été informé(e) sur la 'Personne de confiance' par l'équipe soignante et
 ne souhaite pas désigner de personne de confiance
 désigne comme personne de confiance

M./ Mme / Mlle Nom de jeune fille.....

Prénoms Né(e) le/...../.....

Demeurant à

Téléphones:.....

Cette personne de confiance est :

- un proche un parent mon médecin traitant

J'ai bien noté:

- Qu'à ma demande, cette personne de confiance m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital 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 lui seront pas communiquées.
- Qu'elle devra être consultée par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins. Dans cette circonstance, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucun examen ou traitement ne pourra être décidé sans sa consultation préalable.
- Qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord.
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et que dans ce cas je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche prévue à cet effet.

De plus, je souhaite que la personne de confiance que j'ai désignée soit informée régulièrement des diagnostics et des traitements me concernant, à l'exception des informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.

Fait le :

Signature du patient:

Cadre réservé à la personne de confiance:

Je soussigné(e):

Nom Prénom:

certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance de la personne ci-dessus identifiée et avoir été informé(e) sur ma mission grâce au document sur le rôle de la personne de confiance qui m'a été remis par le CHU.

Fait le :

Signature de la personne de confiance désignée:

Cadre réservé au patient pour la révocation de la personne de confiance:

Je décide de révoquer la désignation de

M./ Mme / Mlle Prénom.....
comme personne de confiance à compter du/...../.....

Je ne souhaite pas désigner une autre personne de confiance

Je désigne comme nouvelle personne de confiance :

M./ Mme / Mlle Nom de jeune fille.....

Prénoms Né(e) le/...../.....

Demeurant à

.....

Téléphones:.....

Cette personne de confiance est :

un proche

un parent

mon médecin traitant

De plus, je souhaite que la personne de confiance que j'ai désignée soit informée régulièrement des diagnostics et des traitements me concernant, à l'exception des informations que je juge confidentielles que j'aurais indiquées au médecin.

Fait le:

Signature du patient:

Cadre réservé à la nouvelle personne de confiance:

Je soussigné(e): Nom Prénom:

certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance de la personne ci-dessus identifiée et avoir pris connaissance du rôle qui m'incombe auprès du patient grâce au document qui m'a été remis par le CHU.

Fait le :

Signature de la personne de confiance désignée: