

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Je, soussigné(e) :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance / ___ / ___ / _____ /

Adresse :

Nomme la personne de confiance ci-après :

Nom & prénoms :

Adresse :

Téléphone : Portable :

Email :

pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance :

- pour la durée de mon hospitalisation à l'hôpital
- pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

J'ai bien noté que Madame ou Monsieur

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans mes démarches à l'hôpital et assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions ;

- pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière pour le cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour ceux-ci.

Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de joindre votre personne de confiance, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et dont j'aurais fait part au médecin.

Fait à le

Signature du patient

Signature de la personne désignée

Pièce à joindre si vous êtes sous mesure de protection : autorisation du juge ou du conseil de famille