

FORMULAIRE DE DESIGNATION FACULTATIVE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Conformément à l'article L.1111-6 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits de malades et à la qualité du système de santé, toute personne majeure hospitalisée peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant.

Je soussigné (e)

Nom :

Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :

Prénom :

Né(e) le :

à :

Désigne en tant que Personne de Confiance

Nom :

Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :

Prénom :

Né(e) le :

à :

Tél :

Adresse :

Degré de parenté ou lien (Facultatif) :

J'ai bien noté que:

- Cette Personne de confiance 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 ;
- Qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord ;
- Qu'elle pourra être consultée par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ;
- Que je peux mettre fin à cette désignation à tout moment de l'hospitalisation.

Fait à Lamalou, le

Signature du Patient

**Signature personne de
confiance**