



# FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

## DOCUMENT A REMETTRE A L'INFIRMIER(E) A VOTRE ARRIVEE DANS LE SERVICE.

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée en cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. »

*Code de santé publique, article L. 111-6, en application de la loi N° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.*

Non, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Oui, je souhaite désigner une personne de confiance

### Désignation de la Personne de confiance

#### IDENTITE DU PATIENT

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

#### IDENTITE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche  Un parent  Mon médecin traitant

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

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance et je suis informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Ainsi que la loi m'y autorise, je peux révoquer cette désignation à tout moment.

Fait à \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fait à \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du patient

Signature de la personne de confiance désignée

# FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

## Révocation de la Personne de confiance

### IDENTITE DU PATIENT

Nom d'usage: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M   
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

- Je ne souhaite pas désigner une nouvelle personne de confiance
- Je souhaite désigner une nouvelle personne de confiance

### IDENTITE DE LA NOUVELLE PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE

#### IDENTITE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Code postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Cette personne de confiance, légalement capable, est :  
un proche  un parent  mon médecin traitant

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

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance et je suis informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Ainsi que la loi m'y autorise, je peux révoquer cette désignation à tout moment.

Fait à \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fait à \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du patient

Signature de la personne de confiance désignée

*Ce document est conservé dans le dossier médical du demandeur.  
Une copie peut être remise au patient et à la personne de confiance  
désignée sur simple demande.*