

## DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

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

Je soussigné(e)

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Domicilié(e) : .....

.....

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance pour mon hospitalisation (1)

Souhaite désigner comme personne de confiance :

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Lien : .....

Fait à : ..... le : .....

Signature du patient  
(obligatoire)

Signature de la personne de confiance  
(facultatif)

NB : Un changement de désignation de personne de confiance est possible au cours de votre hospitalisation, vous devrez alors remplir un formulaire de « changement de désignation de personne de confiance », que vous en ayez désigné une ou non. Ce formulaire est à demander à l'infirmière.

## DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Ce formulaire annule et remplace le précédent formulaire daté du .....

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

Je soussigné(e)

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Domicilié(e) : .....

.....

Souhaite révoquer la personne de confiance désignée sans en désigner une nouvelle (1)

Souhaite désigner comme personne de confiance :

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Lien : .....

Fait à : ..... le : .....

Signature du patient  
(obligatoire)

Signature de la personne de confiance  
(facultatif)