

# Fiche de Désignation de la Personne De Confiance

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

Je soussigné(e),

☐ Madame      ☐ Monsieur

Nom de naissance.....

Nom d'usage .....

Prénom(s)..... Date de naissance .....

Adresse .....

Téléphone .....

Admis(e) au sein de la clinique Trénel pour une :

☐ Hospitalisation complète, à compter du .....

☐ Hospitalisation en ambulatoire le .....

☐ **Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance :**

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. J'ai également été informé(e) que je peux revenir sur ma décision au cours de mon séjour et procéder à la désignation d'une personne de confiance, et dans ce cas, je m'engage à en informer l'établissement en remplissant la fiche de désignation.

☐ **Je souhaite désigner une personne de confiance :**

☐ Madame      ☐ Monsieur

Nom de naissance .....

Nom d'usage .....

Prenom(s)..... Date de naissance .....

Adresse .....

Téléphone ..... Fax/email .....

Tourner SVP. ➡

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

**J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette décision à tout moment, et dans ce cas, Je m'engage à en informer l'établissement en remplissant la fiche de du patient désignation.**

Fait à : ..... le .....

Signature du patient

Signature de la personne de confiance