



Centre hospitalier de
St Marcellin

IMPRIME

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Article L1111-6 du Code de la santé Publique

Réf : DROIT

Date d'application:
23/09/2016

Rédigé par
C. BROCVIELLE, Cadre de
Santé Supérieur

V. 2

Page 1/1

A remettre à l'équipe soignante du service
Archivage dans le dossier de soins

Je soussigné(e), NOM, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Désigne Mme, Melle, M. ou le Docteur :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Qui sera consulté(e) - sauf en cas d'urgence – par l'équipe soignante au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou recevoir l'information nécessaire à l'exécution des soins.

J'ai bien pris note que la personne de confiance :

- sera informée par mes soins de cette désignation et qu'elle apposera sa signature ⁽¹⁾ en fin de document
- que je peux mettre fin à cette désignation à tout moment
- qu'elle peut m'accompagner dans mes démarches administratives et lors d'entretiens médicaux
- que les informations que j'aurai indiquées au médecin comme étant confidentielles ne seront pas communiquées à la personne de confiance.

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Date :

Identification du service

⁽¹⁾ **Signature de la personne de confiance :**

Signature de la personne :

Le patient n'est pas en capacité de désigner une personne de confiance (à remplir par le médecin avec signature du médecin)