



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 :
08/10/2021

Rédigé par :
Mme TOMAS CWIDAK,
Directrice des soins

V. 3

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 : Mail :

Qui sera consulté(e) - sauf en cas d'urgence ou impossibilité de la joindre – 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 est informée par mes soins de cette désignation et qu'elle apposera sa signature ⁽¹⁾ en fin de document ou par réponse mail si elle ne peut se déplacer,
- je peux mettre fin à cette désignation à tout moment,
- la personne de confiance peut m'accompagner dans mes démarches concernant mes soins et lors d'entretiens médicaux,
- 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)