

Désignation d'une personne de confiance

(article L.1111-6 du code de la santé publique)

Je, soussigné(e)

Prénom

Nom

Adresse

..... Code Postal

Ville

Date de naissance

Désigne

Prénom

Nom

Adresse

..... Code Postal

Ville

Tél.

Portable

E-mail

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

pour la durée de mon hospitalisation uniquement

pour plus longtemps

→ M, Mme, Mlle

- **M'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital** et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- **Ne sera pas informé(e)** des renseignements que je jugerais confidentiels
- **Pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière si je ne pouvais pas exprimer ma volonté** concernant les soins ou recevoir l'information nécessaire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la (le) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

→ J'ai bien noté :

- que son nom et ses coordonnées seront dans mon dossier et garantis par le secret médical.
- qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord.
- que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.
- que son avis prévaut sur tout autre

Signature

Fait à

le

Signature de la personne de confiance

Fait à

le



Hôpitaux
Universitaires
Est Parisien

• Saint-Antoine • Rothschild
• Trousseau La Roche-Guyon • Tenon

Ce document est classé dans votre dossier. Vous conserverez ainsi que la personne de confiance un double de ce document.

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS