

## Fiche de désignation d'une personne **À PREVENIR** et de **CONFIANCE**

Article L.1111-6 du code de la santé publique

→ A REMETTRE A L'INFIRMIERE DU SERVICE LE JOUR DE L'ENTREE

Je soussigné(e) :

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

A : .....

### ○ **Personne(s) à Prévenir :**

Je désigne la ou les personne(s) suivante(s) :

Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Tél. : .....

Tél . portable : .....

Lien de parenté : .....

Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....


Tél. : .....

Tél . portable : .....

Lien de parenté : .....

### ○ **Personne de Confiance :** voir au verso de cette feuille le rôle de cette personne.

Je désigne une personne de confiance :  **oui**  **non**

→ Si **OUI** remplir le cadre ci-dessous  et apposer votre signature dans le cadre bleu au verso.

Madame  Monsieur

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Tél. : .....

Tél . portable : .....

Adresse : .....

Cette personne de confiance est :

un parent  un proche  médecin traitant

## J'ai bien été informé(e) :

- Que cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf en cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable ;
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions ;
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance ;
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et par tout moyen (notamment au moyen de la présente fiche).

Fait le : ..... / ..... / ..... à : .....

Signature du patient :

Signature du patient :

Fait le : ..... / ..... / ..... à : .....

OUI

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la présente fiche :

En cas de révocation : remplir ce tableau et remettre la fiche au personnel soignant.

En cas de changement de désignation : remplir ce tableau et remettre la fiche au personnel soignant et

demandeur une nouvelle fiche à remplir.

**ou le changement de désignation de la personne de confiance**

**○ Cadre réservé au patient pour notifier la révocation**