

## DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

---

En application de la loi n°2016-87 du 2 février 2016 relative aux droits des malades et de l'article 1111-6 du Code de la Santé Publique, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même malade serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Un changement de désignation de la personne de confiance est possible, vous devrez alors remplir de nouveau ce formulaire. Merci de le demander à l'infirmier.

Je soussigné (e) : Madame / Monsieur (*rayez la mention inutile*)

Nom usuel : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Né(e) le : .....

Domicilié(e) : .....

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance pour mon séjour

Souhaite désigner comme personne de confiance :

Nom usuel : ..... Nom de naissance : .....

Prénom(s) : ..... Né(e) le : .....

Domicilié(e) : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Lien : .....

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

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Fait à ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature du patient  
(Obligatoire)

Signature de la personne de confiance  
(Obligatoire)

## DESIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR

En application des articles L.1110-4, alinéa 8 et R.1112-69 du Code de la santé publique, l'un de vos proches peut être prévenu pour : vous apporter un soutien logistique et/ou administratif (besoin de documents, d'effets personnels) durant votre séjour et peut être informé en cas d'aggravation de votre état de santé. Cette personne peut ainsi être un relai pour avertir vos proches ou votre famille en cas de besoin.

Vous avez la possibilité de ne pas désigner de personne à prévenir. Cette personne n'a pas à donner son accord à cette désignation et ne se substitue pas à la personne de confiance. Elle n'est pas consultée dans l'hypothèse où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté.

La personne à contacter est la même que la personne de confiance.

Souhaite désigner comme personne à prévenir :

Nom usuel : ..... Nom de naissance : .....

Prénom(s) : ..... Né(e) le : .....

Domicilié(e) : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Lien : .....

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

### Uniquement pour les patients majeurs sous tutelle

## DESIGNATION DE LA PERSONNE RACCOMPAGNANT LE PATIENT A SA SORTIE

Famille / Proche

Tuteur

Nom et Prénom : .....

Son numéro de téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Signature :

### Uniquement pour les patients mineurs

## DESIGNATION DE LA PERSONNE RACCOMPAGNANT LE MINEUR A SA SORTIE

Le ...../...../..... A .....

Je soussigné(e) ....., responsable légal de

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Autorise, en mon absence, M. /M<sup>me</sup> ..... à effectuer sa sortie en date du ...../...../..... convenue avec le médecin.

## INFORMATIONS A RENSEIGNER LE JOUR DE LA SORTIE DU MINEUR

Parents

Autre responsable légal du mineur

Personne désignée par le représentant légal

Nom et Prénom : .....

Son numéro de téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Signature :