

C.H.A.M. qualité	FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE	Validé le : 23/11/2006 Modifié le : 05/09/2018	N° : E ADM 046-4 Page 1 /2
---------------------	---	---	-------------------------------

Etiquette patient ou Nom : Prénom :
--

**DOCUMENT REMPLI ET SIGNÉ À
REMETTRE A L'INFIRMIÈRE LE JOUR
DE L'HOSPITALISATION.**

Vous allez être ou vous êtes déjà hospitalisé dans notre établissement ou hébergé en EHPAD/USLD.

Loi n°2002-303 du 04 Mars 2002, Art. L. 1111-6.-Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révoquée à tout moment.

Je soussigné(e).....

Nom, Prénom,.....

Date de naissance,.....

Adresse,.....
.....

Souhaite désigner une personne de confiance **Oui** **Non**

Si oui, je complète les informations ci-dessous

Je désigne M., Mme, Melle

Nom, Prénom,.....

Adresse,.....

Tel,..... *Mail*,.....

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

Jusqu'à ce que j'en décide autrement

Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

C.H.A.M. qualité	FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE	Validé le : 23/11/2006 Modifié le : 05/09/2018	N° : E ADM 046-4 Page 2 / 2
---------------------	--	---	--------------------------------

J'ai bien noté que M., Mme, Melle.....

- Pourra m'accompagner à ma demande dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielle et que j'aurai indiquées au médecin.
- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.
- Relayera mes directives anticipées et dont je lui aurai fait part.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

<p><u>Visa du Patient/ Résident</u> Date : Signature :</p>

<p><u>Visa de la personne désignée</u> Date : Signature :</p>
--

Partie réservée aux soignants :

- est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance
- sous tutelle – coordonnées du tuteur :contacté le :
- Date de confirmation 1 : Date de confirmation 2 :
- Date de confirmation 3 : Date de confirmation 4 :
- Personne de confiance contactée le.....pour signature du formulaire