



# FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Référence :  
SOI-ACC-EN-02

Version n°1  
02.10.06

En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111- 6, le patient majeur peut désigner une personne de confiance qui pourra l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et qui pourra être consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

## Information relative à la personne de confiance (volet 1)

Je soussigné(e) : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Hospitalisé(e) dans l'unité de soins : .....

depuis le : .....

*Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance sachant qu'à tout moment je peux procéder à cette désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.*

Fait à

le :

Signature du patient :

## Je souhaite désigner une personne de confiance (volet 2)

En cas de désignation, la personne de confiance est :

Mme, Mr. : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Domicilié(e) : .....

N° de tel. : .....

Lien avec la personne de confiance : .....

*J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour la durée de mon hospitalisation. **Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.***

Fait à

le : .....

Signature du patient :

## Cadre réservé à la personne de confiance (volet 3)

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à :

le :

Signature de la personne de confiance :

Fait en 3 exemplaires dont un est remis au patient, un conservé par l'établissement et un par la personne de confiance.