

■ Personne de confiance - formulaire de désignation

Je soussigné (e) (**nom, prénom**) _____

désigne comme personne de confiance aux termes de l'article L.1111-6 du Code de la santé publique

Monsieur ou Madame (**nom, prénom**) _____
demeurant (**adresse complète et n° tél**) _____

en sa qualité de (**parent, proche, médecin traitant, autre... item facultatif**)

afin qu'il ou elle m'assiste au cours de mon séjour à l'hôpital et m'aide à formuler mes souhaits et prendre mes décisions, lors des entretiens médicaux et démarches concernant ma santé.

Je me charge d'informer M. ou Mme (*nom de la personne de confiance*)

- qu'il ou elle est soumis(e) à l'obligation du respect du secret médical et ne devra divulguer à quiconque ce qu'il ou elle saura sur mon état de santé ;
- et qu'il ou elle est susceptible d'être consulté(e) par l'équipe de soins au cas où je serais dans l'impossibilité de recevoir l'information médicale et d'exprimer ma volonté.

Date et signature

Une fois complété, daté et signé, ce document est à remettre à un membre de l'équipe du service d'hospitalisation, de préférence au moment de l'entretien d'admission dans le service ou, à défaut, à tout autre moment de l'hospitalisation.