



# Formulaire de désignation PERSONNE À PRÉVENIR / DE CONFIANCE

Loi du 04 mars 2002 - article L.1111-6 du Code de la Santé Publique - Loi du 02 février 2016

Ces désignations sont facultatives ; elles doivent être faites par écrit et figurent dans votre dossier médical. La personne de confiance n'est pas forcément la « personne à prévenir ». Toutefois, une seule et même personne peut remplir ces deux fonctions. Pour plus d'information, vous pouvez vous reporter au livret d'accueil qui vous a été remis.

**Merci de remettre ce formulaire aux infirmières du service.**

Je soussigné(e) Mme, M. : .....

Né(e) le : ..... à .....

Demeurant : .....

Désignation initiale

Refus de désignation

Mise à jour des coordonnées

Nouvelle désignation suite à révocation

## Personne à prévenir :

**Souhaite désigner une personne à prévenir** qui pourra être contactée par l'équipe médicale en cas d'urgence, pour organiser ma sortie, pour faciliter mon séjour, mais sans qu'elle ait accès à des informations confidentielles.

Nom : .....

N° de téléphone : .....

Prénom : .....

Mail : .....

Cette personne est :  un membre de la famille

un proche

mon médecin traitant

## Personne de confiance :

Elle est l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé, ayant devoir de confidentialité. Elle peut, selon votre souhait :

- Partager le secret médical,
- Assister aux entretiens médicaux,
- Vous accompagner dans vos démarches et vos prises de décision,
- Être consultée dans le cas où vous ne seriez pas capable d'exprimer votre volonté ou de recevoir l'information,
- Être détentrice de vos directives anticipées si vous les avez rédigées.

La Personne de Confiance doit être majeure et peut être un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant.



**Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie et de vous assurer de son accord par écrit. Cette désignation doit être signée par la personne de confiance.**

**La personne de confiance est facultative et révocable à tout moment.**

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

ma personne à prévenir

une autre personne :

Nom : .....

N° de téléphone : .....

Prénom : .....

Mail : .....

Relation avec le patient :  Conjoint  Enfant  Famille  Proche  Autre (Précisez) :

**UNIQUEMENT pour la durée de mon séjour dans l'établissement.**

**POUR LA DUREE DE MON SEJOUR dans l'établissement ET ULTERIEUREMENT jusqu'à sa révocation.**

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés :  Oui  Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :  Oui  Non

Le :  
Signature de la personne hospitalisée :

Le :  
Signature de la personne de confiance :