

## **FORMULAIRE de DESIGNATION d'une PERSONNE de CONFIANCE**

Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse, date de naissance) : .....

....., agissant en tant que personne majeure,  
désigne M., Mme, Melle (nom, prénom, adresse, tél., fax, e-mail) : .....

lien avec le patient (précisez : parent, proche, médecin traitant) : .....

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

- ☐ pour la durée de mon hospitalisation à l'hôpital .....
- ☐ pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement,
- ☐ pour la durée de mon hospitalisation et en toutes circonstances.

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

- pourra être consulté(e) par les équipes de prise en charge au cas où je ne serais pas en mesure 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 ;
- qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et/ou à l'extérieur de l'hôpital, et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions ;
- qu'avec mon accord et dans mon intérêt, il (elle) aura accès aux informations me concernant ;
- que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance ;
- qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord ;
- que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen, écrit.

À : ..... Le : .....

**Signature de la personne qui désigne (le mandant)**  
précédée de la mention manuscrite "**Bon pour désignation**"

**Signature de la personne désignée (le mandataire)**  
précédée de la mention manuscrite "**Bon pour acceptation**"