

Désignation de la personne de confiance

Document à apporter le jour de votre entrée en clinique

Cadre réservé au patient :

Je soussigné (e), Mr, Mme, Mlle Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le : / / A :

Adresse :

Téléphone(s) : Portable :

DESIGNATION (Cadre réservé au patient) :

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 peut désigner une personne de confiance qui sera 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.

Désigne une personne de confiance légalement capable pour la durée de mon hospitalisation

(une seule personne peut être désignée) Oui Non

Si oui, remplir les informations ci-dessous concernant cette personne de confiance :

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom marital : Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le : / / à :

Adresse :

Téléphone(s) : Portable :

Lien avec cette personne de confiance :
(Ami, famille, médecin traitant...)

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette décision à tout moment.

Fait à : Le :

Cadre réservé aux patients pris en charge en chimiothérapie ou médecine de jour :

Je souhaite que cette désignation reste valable pour toute la durée de mon traitement

Signature du Patient :

Cadre réservé à la personne de confiance :

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

Fait à : Signature de la personne de confiance :

Le :

REVOCACTION (Cadre réservé au patient.) :

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la présente fiche.

Je souhaite désigner une nouvelle personne (Si oui, ouverture d'une nouvelle feuille)

Fait à : Signature du Patient :

Le :

J'autorise la clinique, en cas de nécessité à pratiquer les sérologies VIH, VHB, VHC Oui Non