

## Désignation de la personne de confiance

Document à apporter le jour de votre entrée en clinique

**Cadre réservé au patient :** Je soussigné(e),  Monsieur  Madame

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... A : .....

### 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.*

Je désigne une personne de confiance légalement capable  Oui  Non  
pour la durée de mon hospitalisation (une seule personne peut être désignée)

Je souhaite que cette désignation reste valable pour les hospitalisations suivantes réalisées à la clinique  
(révocation possible à tout moment en remplissant le bas de cette feuille)  Oui  Non

J'ai fait part à ma personne de confiance de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour, je ne suis plus  
en état de les exprimer  Oui  Non

#### Et/ou

Je souhaite communiquer directement à la clinique mes directives anticipées ou mes volontés si un jour, je ne suis  
plus en état de les exprimer (voir formulaire spécifique)  Oui  Non

### Merci de remplir les informations ci-dessous concernant cette personne de confiance :

Monsieur  Madame

Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à : .....

Adresse : .....

Téléphone(s) : ..... Portable .....

E-mail : .....

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

**J'ai été informé du fait que je peux révoquer cette décision à tout moment**

Fait à : ..... Le : ..... **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 : .....

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

### REVOCAION (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 : ..... Le ..... **Signature du Patient :**