


| | | |
|---|---|---|
|  CLINIQUE SAINT-ROCH | Formulaire Désignation de la personne de confiance | Processus : Droit des patients |
| | | Référence : FML-DRA-01 |
| Date de mise à jour : 05/01/2022 | | Version 01 |
| Date d'application : 16/03/2021 | | Page 1 sur 1 |

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Toute personne majeure peut désigner une **personne de confiance** pour la **durée de son hospitalisation**. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. La personne de confiance peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle sera **consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté** et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. **Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage**. Si vous le souhaitez, la personne de confiance **vous accompagnera dans vos démarches et assistera aux entretiens médicaux** afin de vous aider dans vos décisions. La personne à prévenir et la personne de confiance peuvent être la même personne. La personne de confiance peut être révoquée à tout moment par écrit (Article L. 1111-6 du code de la santé publique).

Je soussigné(e),

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Admis(e) à la clinique le : pour la durée de ma prise en charge,

SOUHAITE DÉSIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE :

Nom : Prénom :

Qualité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Date : Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

PERSONNE DE CONFIANCE ABSENTE

NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE

PATIENT(E) DANS L'INCAPACITÉ DE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE (Nom et fonction de la personne qui coche cet item :))

RÉVOCATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je décide de révoquer la désignation de :

Nom : Prénom :

Comme personne de confiance.

Date : Signature du patient :

DIRECTIVES ANTICIPEES

J'ai rédigé mes directives anticipées oui non

J'ai fait part à ma personne de confiance de mes directives anticipées oui non

Ma personne de confiance possède un exemplaire de mes directives anticipées oui non

Date : Signature du patient :