**PERSONNE DE CONFIANCE**

Étiquette Patient

**Patient majeur**

**INFORMATIONS PATIENT**

❑ Féminin ❑ Masculin

NOM de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOM utilisé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRÉNOMS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Entrée prévue le : \_\_/ \_\_ /\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Si le patient est sous : ❒ Tutelle **❑** CuratelleCoordonnées du Tuteur / Curateur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**PERSONNE DE CONFIANCE (uniquement désignée par le patient)**

Lors de toute hospitalisation, il est proposé au patient de désigner une personne de son choix, qui sera sa « personne de confiance ». Son rôle est de l’accompagner dans ses démarches et de l’assister lors de ses rendez-vous médicaux. Elle est consultée par les médecins pour rendre compte de ses volontés et recevoir l’information si le patient n’est plus en mesure d’être interrogé. Cette désignation est pour la durée de cette hospitalisation, elle est révocable et révisable à tout moment et par tout moyen.

Dans le cadre d'hospitalisations répétées pour un même motif (chimiothérapie, traitement mensuel récurrent), la désignation de la personne de confiance est valable pour l’année civile. Si tel est votre cas, merci de renseigner ci-dessous le motif de vos hospitalisations*:*

*Motif* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Je soussigné(e) déclare avoir reçu l’information concernant la désignation d’une personne de confiance et sais que je peux procéder à cette désignation à tout moment.**

|  |
| --- |
| * **Je souhaite désigner comme PERSONNE DE CONFIANCE :**

 ❑ Madame ❑ Monsieur Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tél. fixe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lien de la personne de confiance avec le patient : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Signature\* de la personne de confiance** :  | **\* En cas de non recueil de la signature :**❑J’atteste l’avoir informé(e) de sa désignation comme personne de confiance, et celle-ci a validé par un accord écrit préalablement à ce séjour. |
| * **Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.**
 |
| * **Patient non apte à désigner une personne de confiance**

 Renseigné par (Nom du professionnel, métier) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Signature du patient** : Le : \_\_\_/ \_\_\_ /\_\_\_\_