

PERSONNE DE CONFIANCE

Patient majeur

Étiquette Patient

INFORMATIONS PATIENT

 Féminin Masculin

NOM de naissance : _____ NOM utilisé : _____

PRÉNOMS : _____ Date de naissance : ___ / ___ / ___

Entrée prévue le : ___ / ___ / ___ Service : _____

Si le patient est sous : Tutelle Curatelle

Coordonnées 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 révoquant 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 : ___ / ___ / ___