

PERSONNE DE CONFIANCE

Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre hospitalisation, la loi du 4 mars 2002 vous permet de désigner une personne de confiance. Cette personne librement désignée par vous peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant. Cette personne a pour mission, si vous le souhaitez, de vous accompagner dans vos démarches et d'assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions. **La personne de confiance dispose d'un rôle consultatif et en aucun cas d'un rôle substitutif.** C'est-à-dire :

- qu'elle peut notamment, si vous le souhaitez, **et si vous l'en informez**, assister à certains entretiens médicaux,
- qu'elle peut être consultée par votre médecin si l'évolution de votre état de santé ne vous permettrait pas d'exprimer vous-même votre volonté et/ou de recevoir l'information,
- qu'elle **ne peut en aucun cas** consentir ou refuser à votre place des soins ou une intervention,
- qu'elle **n'a aucun droit** d'accès direct aux informations médicales vous concernant et notamment à votre dossier médical.

DESIGNATION

Je soussigné(e) hospitalisé(e) à l'Hôpital de Jour Les Collines,

☐ ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

☐ désigne

en tant que personne de confiance

Lien de parenté (ami, famille, médecin) :

☐ ne peut pas désigner de personne de confiance (personne de confiance non présente pour signer le formulaire)

J'autorise la personne de confiance désignée ci-dessus à m'accompagner dans mes démarches. J'ai bien noté que cette personne pourra être consulté(e) par le médecin responsable de mon hospitalisation au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir directement une information médicale. Cette désignation est valable pour la durée de mon hospitalisation. Je suis informé(e) que je peux révoquer cette désignation à tout moment.

Fait à Nice, le

Signature du patient

Précédé de la mention « lu et approuvé »

Signature de la personne de confiance

Précédé de la mention « lu et approuvé »

REVOCATION

Je soussigné(e)

☐ décide de révoquer la désignation de Madame/Monsieur/Mademoiselle

comme personne de confiance.

☐ décide de révoquer ma désignation en tant que personne de confiance de

Madame/Monsieur/Mademoiselle

Fait à Nice, le

Signature du patient / de la personne de confiance

Précédé de la mention « lu et approuvé »