

**Hôpital Privé  
Sainte-Marie**

4 Allée Saint Jean des Vignes  
71100 CHALON SUR SAONE

Tél. : 0826 30 71 71 (Coût de l'appel : 0,15 € TTC/min)

Fax :

# Hôpital Privé Sainte-Marie

## ● Fiche de désignation d'une personne de confiance

(ARTICLE L.1111-6 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

Je soussigné(e) :

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

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

**Désigne une personne de confiance :**

**Oui**  pour la seule durée de mon hospitalisation dans l'établissement  
 pour la durée de mon hospitalisation dans l'établissement et ultérieurement

**Non**

**Si Oui, remplir le cadre suivant :**

<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Mademoiselle
Nom : .....		Adresse : .....
Nom de jeune fille : .....		
Prénom : .....		Fax : .....
Téléphone(s) : .....		e-mail : .....

**Cette personne de confiance est :**

Un proche       Un parent       Mon médecin traitant

J'ai bien été informé(e) :

- Que cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable ;
- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions ;
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance ;
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et par tout moyen (notamment au moyen de la présente fiche).

Fait le : ..... / ..... / ..... à : .....

Signature du patient :

## Cadre réservé au patient pour notifier la révocation ou le changement de désignation de la personne de confiance

**En cas de révocation :** remplir ce tableau et remettre la fiche au personnel soignant.

**En cas de changement de désignation :** remplir ce tableau, remettre la fiche au personnel soignant et demander une nouvelle fiche à remplir.

**Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la présente fiche :**

**Oui**

Fait le : ..... / ..... / ..... à : .....

Signature :

**À remplir par le soignant si le patient est dans l'impossibilité de s'exprimer et de désigner une personne de confiance :**

Nom du soignant : .....

Fait le : ..... / ..... / .....

Signature :