



105 rue Achille Viadieu – CS 27804 – 31078 Toulouse Cedex 4

Tel. : 08 26 65 66 66 – Fax : 05 61 36 65 47

www.capio.fr

FICHE DE DÉSIGNATION DE LA
PERSONNE DE CONFIANCE

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

En application de la loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

PATIENT

Nom :

Prénom :

Né(e) :

Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Etiquette

Cadre réservé à l'administration

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

■ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. A tout moment, je peux procéder à cette désignation que j'effectuerai par écrit.

■ Je souhaite désigner une personne de confiance.

La personne m'accompagnera dans toutes mes démarches et assistera à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : Oui Non

Cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. « J'ai été informé(e) de la possibilité de révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit la responsable du service de soins ».

Personne de confiance : Proche Parent Médecin traitant

Nom : Prénom :

Date / lieu de naissance :

Adresse :

Tél :

Fait le :

Signature du patient

Fait le :

**Signature de la personne de confiance
(recommandée)**