



# FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(au sens de l'article L.1111-6 du code de la Santé Publique)

## Je soussigné(e)

(Préciser nom d'usage, suivi du nom de naissance, et prénom)

Coller étiquette

Né(e) le ...../...../..... à .....

Hospitalisé(e) au Centre Hospitalier du Pays Charolais Brionnais, Site de : .....

*Après avoir été informé(e) du rôle de la Personne de Confiance et de la faculté de pouvoir révoquer cette personne à tout moment comme de refuser son assistance et sa présence dans certains cas*

(Cocher la ou les case(s) correspondante(s))

**Désigne** une personne de confiance

**Reconduis** la personne de confiance, antérieurement désignée (lors de ma précédente hospitalisation ou auprès de mon médecin traitant Dr.....)

**Ne souhaite pas désigner** une personne de confiance

**Révoque** la personne de confiance, antérieurement désignée : préciser ici le nom et prénom : .....

Nom et Prénom de la Personne de Confiance : ..... Lien : .....

Adresse de la Personne de Confiance : .....

Numéro de téléphone de la Personne de Confiance : .....

**Pour la durée suivante** : Jusqu'à la fin de mon hospitalisation  au-delà de mon hospitalisation

**J'accepte** l'assistance de la personne de confiance lors des entretiens et examens médicaux :

OUI  NON

**Date** : ...../...../.....

**Signature du patient** :

### Cadre réservé à la personne de confiance :

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

J'accepte cette désignation  Je refuse cette désignation

Fait à .....le...../...../.....

**Signature de la personne de confiance, précédée de la mention « je reconnais avoir compris mon rôle et j'accepte la désignation »**

**En cas d'impossibilité physique pour le/la patient(e) de compléter le formulaire**

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire au recto est bien l'expression de sa volonté :

Témoïn 1	Témoïn 2
<u>Je soussigné(e) :</u>	<u>Je soussigné(e) :</u>
Nom Prénom : .....	Nom Prénom : .....
<u>Qualité (lien avec la personne) :</u>	<u>Qualité (lien avec la personne) :</u>
.....	.....
<u>Atteste que la désignation de :</u>	<u>Atteste que la désignation de :</u>
Nom prénom : .....	Nom prénom : .....
comme personne de confiance est bien l'expression libre et éclairée de :	comme personne de confiance est bien l'expression libre et éclairée de :
Nom prénom : .....	Nom prénom : .....
Fait à	Fait à
Le	Le
<b>Signature</b>	<b>Signature</b>

---

**Cadre réservé au service**

En cas d'incapacité de la personne à désigner la personne de confiance

L'information a été donnée, toutefois M..... est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance.

**Signature du soignant 1 :**

**Signature du soignant 2 :**