



Polyclinique Saint-Roch

560, avenue du Colonel Pavelet
CS 10999
34075 Montpellier Cedex 3

0 826 888 882 Service 0,20 € /min
+ prix appel

Fax : 04 67 61 88 99

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Article L. 1111-6 du code de la santé publique

Vous allez être hospitalisé(e) dans notre établissement et vous êtes majeur(e)?

Vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une « personne de confiance ».

PERSONNE DE CONFIANCE ET « PERSONNE À PRÉVENIR »

La personne de confiance n'est pas forcément la « personne à prévenir ».
Toutefois, une seule et même personne peut remplir ces deux fonctions.

- **LA « PERSONNE À PRÉVENIR »** est appelée en cas de besoin, par exemple pour préparer votre sortie. Elle ne partage pas le secret médical.
- **LA « PERSONNE DE CONFIANCE »** est l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé, ayant devoir de confidentialité.
Elle peut, selon votre souhait :
 - partager le secret médical
 - assister aux entretiens médicaux
 - vous accompagner dans vos démarches et vos prises de décision
 - être consultée dans le cas où vous ne seriez pas capable d'exprimer votre volonté ou de recevoir l'information
 - être détentrice de vos directives anticipées si vous les avez rédigées.

QUI POUVEZ-VOUS DÉSIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE ?

La personne de confiance doit être majeure et peut être un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant. Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie et de vous assurer de son accord.

Cette désignation doit être écrite. Elle est facultative et n'est valable que pour la durée de cette hospitalisation. Elle est révocable à tout moment. Un formulaire de révocation est disponible dans les services de soins.

Je soussigné(e) :

MADAME MONSIEUR NOM

PRÉNOMS

DATE DE NAISSANCE LIEU DE NAISSANCE

ADRESSE

Souhaite désigner comme personne de confiance

MADAME MONSIEUR NOM

PRÉNOMS

CETTE PERSONNE EST : UN MEMBRE DE LA FAMILLE UN PROCHE MON MÉDECIN TRAITANT

ADRESSE

TÉL. PORTABLE E-MAIL

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si je ne suis plus en état de m'exprimer OUI NON

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées OUI NON

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

PERSONNE HOSPITALISÉE

FAIT LE

A

SIGNATURE

PERSONNE DE CONFIANCE

FAIT LE

A

SIGNATURE