



## 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 révoquable 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