

Important : En application de la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, notamment 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.

Je soussigné(e),

NOM marital : NOM de
naissance :
PRENOM(S) :
.....
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :/...../..... à :

admis au sein de l'HAD Sud Yonne et Bourgogne Nivernaise à compter du/...../.....,

☐ souhaite désigner (soit en l'absence de 1^{ère} désignation, soit en lieu et place de la personne désignée dans la précédente fiche) la personne de confiance suivante :

◇ Monsieur ◇ Madame ◇ Mademoiselle
NOM :
PRENOM(S) :
ADRESSE :
TEL :
E-MAIL :
LIEN AVEC LE PATIENT :

- ☐ ne souhaite pas désigner de personne de confiance.
☐ n'est pas en capacité de désigner une personne de confiance.
☐ souhaite révoquer la personne de confiance désignée dans la précédente fiche, datée du/...../....., sans en désigner de nouvelle.

J'ai bien noté que :

- cette personne de confiance pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux.
- cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire.
- cette désignation peut être révoquée à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'HAD Sud Yonne et Bourgogne Nivernaise en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Fait à, le

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

Fait en trois exemplaires dont un est remis au patient, un à la personne de confiance et un conservé par l'HAD