



DESIGNATION DE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) :

Nom : épouse :

Prénoms :

né(e) le :

Désigne comme PERSONNE DE CONFIANCE :

M./Mme/Mlle épouse :

Prénoms :

né(e) le :

Demeurant à.....

.....

.....

Téléphones :

Cette personne de confiance est :

- un ami
- un parent
- mon médecin traitant
- J'ai bien noté :
 1. Qu'à ma demande, cette personne de confiance m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.
 2. Qu'elle devra être consultée par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins. Dans cette circonstance, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucun examen ou traitement ne pourra être décidé sans sa consultation préalable.
 3. Qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord.
 4. Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et que dans ce cas je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche prévue à cet effet.
- De plus, je souhaite la personne de confiance que j'ai désignée soit informée régulièrement des diagnostics et des traitements me concernant, à l'exception des informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.

Fait le :

Signature du patient:

CADRE RÉSERVÉ À LA PERSONNE DE CONFIANCE:

Je soussigné(e):

Nom.....

Prénom:.....

Certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance de la personne ci-dessus identifiée et avoir été informé(e) sur ma mission grâce au document sur la personne de confiance qui m'a été remis par le **GTCE-Hôpital de Cerdagne**.

- L'accompagnement dans l'accès à l'information et l'aide à la prise de décision,
- Lorsque l'état de santé du patient ne le permettra pas, je serai consulté par l'équipe médicale et mon avis sera recueilli.
- Ma qualité de Personne de confiance me donne accès aux informations nécessaires à l'accompagnement de ma mission et d'accès au dossier médical.
- J'ai bien noté que je suis soumis(e) au secret sur les informations de ma mission.
- J'ai également bien noté que les informations liées à ma désignation sont annexées au dossier médical du patient

Fait le :

Signature de la personne de confiance désignée: