

Clinique des Lilas CEPIM	FORMULAIRE Déclaration d'une personne de confiance	Réf : FO ACC 009	
		Date application : 25/08/08	
		Version : 1	Page 1/1

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L.111-6, « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin...Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Je soussignée(e) :, patient(e) majeur(e) hospitalisé(e) à la
Clinique des Lilas, né(e) le :/...../....., à
Domicile :

Désigne comme personne de confiance durant cette hospitalisation mon ami, épouse, père, médecin etc
(préciser la nature de la relation) :

Nom prénom de la personne de confiance :

Né(e) le :/...../....., à

Domicile :

Téléphone(s) :

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance. Cela vaut pour toute la durée de mon hospitalisation, sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

Je n'ai pas de personne de confiance à déclarer

Date et signature du patient hospitalisé :

FORMULAIRE DE REVOCATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussignée(e) :, patient(e) majeur(e) hospitalisé(e) à la Clinique
des Lilas, né(e) le :/...../....., à

Domicile :

Révoque comme personne de confiance à compter du : mon ami, épouse, père,
médecin etc (préciser la nature de la relation) :

Nom prénom de la personne de confiance révoquée :

Né(e) le :/...../....., à

Domicile :

Téléphone (s) :

Désigne comme nouvelle personne de confiance durant cette hospitalisation mon ami, épouse, père, médecin
etc (préciser la nature des relations) :

Nom prénom de la nouvelle personne de confiance :

Né(e) le :/...../....., à

Domicile :

Téléphone(s) :

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance. Cela vaut pour toute la durée de mon hospitalisation, sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

Date et signature du patient hospitalisé :