

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT	Page 1 / 1
	DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE	Version : 004
	N° Réf : ADMIN-ENR-168	Date d'application : 24/05/2022

En application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades
Art. L. 1111-6 du Code de la Santé Publique.

Etiquette du patient

Je soussigné(e) :

Nom de naissance : Prénom : Né(e) le :

Nom d'usage :

Pris(e) en charge au Centre Hospitalier de Mâcon.

☐ désigne Madame, Monsieur (rayer la mention inutile)

Nom : Prénom :

Demeurant :

Ville : Code postal :

Tél. : Portable :

En tant que **PERSONNE DE CONFIANCE** (peut être un ami, un parent ou mon médecin traitant).

A ma demande, cette personne m'accompagnera dans mes démarches afin de m'aider dans mes décisions et assistera éventuellement, selon mes choix, aux entretiens médicaux qui me concernent.

J'ai bien noté qu'elle pourra être consultée par le médecin en charge de mon séjour au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir directement une information médicale nécessaire à cette fin.

Cette désignation est valable pour la durée de mon hospitalisation actuelle sauf en cas d'information contraire.

Il me revient d'informer la personne de confiance de cette désignation et de m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment par mention écrite.

La désignation de ma personne de confiance ne sera validée qu'une fois ce formulaire remis à l'équipe soignante et inséré dans mon dossier médical.

Fait à Mâcon, le.....

Signature du patient

Cadre réservé à la personne de confiance

Je soussigné(e)certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait le, / /

Signature