

## Formulaire à remplir par vos soins et à remettre dans votre service d'hospitalisation

### Je, soussigné-e

nom .....

prénom .....

adresse .....

date de naissance /\_\_/\_/\_\_\_\_/

désigne M., Mme, (nom, prénom, adresse, tél., email)

.....

lien avec le patient (parent, proche, médecin traitant)

.....

### **pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance**

- pour la durée de mon hospitalisation à l'hôpital.....
- pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

### **J'ai bien noté que M., Mme** .....

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans mes démarches à l'hôpital et assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions ;
- pourra être consulté-e par l'équipe hospitalière pour le cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire.  
Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et dont j'aurais fait part au médecin.

### **Je peux modifier ou mettre fin à cette désignation à tout moment**

Signature de la personne désignée

Fait à .....

le .....

Signature

**Pièce à joindre si vous êtes sous tutelle : autorisation du juge ou du conseil de famille**

*Un double de ce document est conservé par le patient*