

 <p>CENTRE HOSPITALIER Intercommunal Vercors Isère</p>	IMPRIME FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE Article L1111-6 du Code de la santé Publique	Réf : DROIT	
		<i>Date d'application :</i> 19/12/2024	
		<i>Rédigé par :</i> Mme Ingrid MAGNIAT, Directrice et coordinatrice générale des soins et des accompagnements	
		V. 4	Page 1/1

A remettre à l'équipe soignante du service
Archivage dans le dossier de soins

Je soussigné(e), NOM, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Désigne Mme, Melle, M. ou le Docteur :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Qui sera consulté(e) - sauf en cas d'urgence ou impossibilité de la joindre – par l'équipe soignante au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou recevoir l'information nécessaire à l'exécution des soins.

J'ai bien pris note que:

- la personne de confiance est informée par mes soins de cette désignation et qu'elle apposera sa signature ⁽¹⁾ en fin de document ou par réponse mail si elle ne peut se déplacer,
- je peux mettre fin à cette désignation à tout moment,
- la personne de confiance peut m'accompagner dans mes démarches concernant mes soins et lors d'entretiens médicaux,
- Les informations que j'aurai indiquées au médecin comme étant confidentielles ne seront pas communiquées à la personne de confiance.

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Date :

⁽¹⁾ **Signature de la personne de confiance :**

Identification du service

Signature de la personne :

Le patient n'est pas en capacité de désigner une personne de confiance (à remplir par le médecin avec signature du médecin)