

## DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

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

Je soussigné(e) (nom de naissance, prénom) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

### Je désigne la personne de confiance (majeure) :

Mme, M (nom, prénom) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ / E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Je l'autorise à m'accompagner dans mes démarches et à assister aux entretiens médicaux. Au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté, le médecin responsable pourra demander l'avis de cette personne.

Cette désignation est valable pour la durée de mon hospitalisation et est révocable à tout moment.

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du patient :



Signature de la personne désignée :



**NB : Il vous est conseillé d'en conserver un exemplaire et d'en confier un à votre personne de confiance.**