

**FICHE DE DESIGNATION
DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Date de mise en ligne : **10/2024**

Version : C

Champ d'application : Tous les services

Je soussigné(e) (Nom de naissance) Nom marital
 Prénoms Date de naissance Téléphone :
 Adresse :
 Admis au sein du Centre Hospitalier Sud Gironde le (date d'entrée) :

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance pour la durée de mon hospitalisation.

Désigne M., Mme, Mlle (Nom de naissance)
 (Nom marital) Prénoms :
 Adresse :
 Téléphone : E-mail :

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

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

J'ai bien noté que M., Mme, Mlle.....

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches à l'hôpital **concernant mes soins** et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions **concernant ma santé et de participer au recueil de mon consentement.**

- Pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière **qui me soigne** au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins **prodigués** et **devra** recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin et/ou à l'équipe soignante.

- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

- **Pourra m'aider à la connaissance et à la compréhension de mes droits.**

Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment. Pour cela, il me faudra compléter l'encadré situé au verso du document et contacter l'infirmier(e).

Fait à le

Signature du patient :

Signature de la personne désignée :

Avez-vous rédigé des **directives anticipées** ? oui non **Si oui** : Ou sont-elles conservées ? :
 Votre personne de confiance est-elle informée ? oui non
Si non : Souhaitez-vous en rédiger ? oui non Je ne souhaite pas aborder ce sujet

REVOCAION de la personne de confiance

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) décide de révoquer la désignation
 de M., Mme, Melle, (Nom, Prénom)
 comme personne de confiance.

Date : Signature :

Cette fiche de désignation de la personne de confiance est classée dans le dossier du patient.