

LETTRE-TYPE POUR LA DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Sauf empêchement majeur, cette lettre doit être remplie de façon manuscrite par le patient.

Rappel des dispositions légales : Art. L.1111-6 du Code de la Santé Publique (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002)

“ Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment.

Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.”

JE ,SOUSSIGNÉ(-E), M, MME, MELLE

(NOM).....

(PRÉNOM).....

(ADRESSE).....

.....
(SERVICE D'HOSPITALISATION).....

(DATE D'ENTRÉE).....

(DATE DE SORTIE).....

**DÉSIGNE COMME PERSONNE DE CONFIANCE, DONT LA MISSION EST RAPPELÉE
DANS L'ARTICLE CI-DESSUS :**

M, MME, MELLE

(NOM).....

(PRÉNOM).....

(ADRESSE).....

.....
(TELEPHONE)

FAIT À ROUFFACH LE.....SIGNATURE

Annulation éventuelle de la désignation le.....

SIGNATURE