

<p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p>	<p>IMPORTANT : En application de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et notamment de son article L-1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.</p>
--	--

FICHE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

PARTIE 1

• Je soussigné(e),

NOM marital : _____ NOM de jeune fille : _____

Prénoms : _____

Date et Lieu de Naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone(s) : _____ Fax / E-mail : _____

Admis(e) au Centre Cardiologique du Nord en vue de :

- Hospitalisation
 Actes ambulatoires
 Soins externes
 Urgences

à compter du _____ pour la durée du traitement

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance :

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation (partie 2).

Je souhaite désigner comme personne de confiance :

PARTIE 2

- Monsieur
 Madame
 Mademoiselle

NOM marital : _____ NOM de jeune fille : _____

Prénoms : _____

Date et Lieu de Naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone(s) : _____ Fax / E-mail : _____

- Cette personne de confiance, légalement capable, est :
 - un Proche un Parent mon Médecin traitant
- Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :
 - OUI NON
- J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.
- Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation (partie 2).

Fait à _____

Signature du patient :

Le _____

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à _____

Signature :

Le _____