



Centre
Te Tiare

RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION FONCTIONNELLES



FORMULAIRE DE DÉSIGNATION
D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE
(Art.L.1111-6 du code de la Santé Publique)

À REMETTRE AU SECRÉTARIAT MÉDICAL

Je soussigné(e) (*nom, prénom, adresse*)

Désigne M, M^{me}, M^{lle} (*nom, prénom, adresse, tél., fax, e-mail*)

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

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance pendant la durée de mon hospitalisation.

J'ai bien noté

- que M, M^{me}, M^{lle} pourra être consulté(e) par l'équipe de l'établissement au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de 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.
- qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.
- qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord.
- que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment et par tout moyen.

Fait à Punaauia le

le

Signature de la personne de confiance :

Signature du patient :