	<b>Dispositif d'Accueil du Patient</b>		Référence S/PP/FOR/009	
			Version	01
	<b>Désignation d'une Personne de Confiance</b>		Date d'application	10/06/2013

*En application du Code de la Santé Publique (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.*

**Je, soussigné(e)**

Souhaite ne pas désigner une personne de confiance :

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation, et dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'Hôpital Saint-Jean de Briare afin qu'il l'insère dans mon dossier patient.

Souhaite désigner une personne de confiance :

**Nom (de la personne de confiance) :**

**Nom de jeune fille :**

**Prénom(s) :**

**Date et lieu de naissance :**

**Adresse :**

**Téléphone :**


**Portable :**

**Courriel :**

Cette personne, légalement capable, est :

Un proche                       Un parent                       Mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :     oui                       non

	<b>Dispositif d'Accueil du Patient</b>		Référence S/PP/FOR/009	
			Version	01
	<b>Désignation d'une Personne de Confiance</b>		Date d'application	10/06/2013

Je peux révoquer cette disposition à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

A Briare, le

**Nom et signature de l'utilisateur ou de son représentant légal**

**Cadre réservé à la personne de confiance :**  
 Je, soussigné(e)  
 certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à :  
 Le :  
 Signature :