

DOCUMENT A REMETTRE AU SOIGNANT LORS DE VOTRE HOSPITALISATION A L'INSTITUT ARNAULT TZANCK

Je désigne une personne de confiance...



Vous pouvez, si vous le souhaitez, être accompagné dans vos démarches médicales d'une **personne de confiance**. La désignation d'une personne de confiance n'est pas une obligation mais **un droit** (*loi du 4 mars 2002 art.L1111-6 du CSP*)

Elle pourra assister aux entretiens médicaux et vous aider dans vos décisions concernant les actes médicaux. Elle pourra être un interlocuteur privilégié de l'équipe médicale et soignante, si l'évolution de votre état de santé ne vous permettait pas d'exprimer vous-même votre volonté.

Je souhaite désigner une personne de confiance.

J'ai bien noté que ma personne de confiance :

- ✓ Pourra être consultée par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins, leur poursuite, leur limitation ou leur arrêt.
- ✓ N'aura pas accès à mon dossier médical car le secret médical n'est pas levé vis-à-vis de la personne de confiance, toutefois en cas de diagnostic grave, elle pourra recevoir les informations nécessaires pour me représenter.

Je soussigné

Désigne

Lien de parenté (parent, ami, médecin).....

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

Date : Signature du patient :

Signature de la personne de confiance (souhaitable):

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

Date : Signature du patient :

