

Je soussigné(e) (Nom de naissance) ..... Nom marital .....  
Prénoms ..... Date de naissance ..... / ..... / .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Admis au sein du Centre Hospitalier Sud Gironde le (date d'entrée) : .....

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance pour la durée de mon hospitalisation.

Désigne M., Mme, Mlle (Nom de naissance)  
(Nom marital) ..... Prénoms : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... E-mail : .....

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

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

J'ai bien noté que M., Mme, Mlle.....

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et 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.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin et/ou à l'équipe soignante.
- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

**Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment, pour cela contacter l'infirmière.**

Visa de la personne désignée Fait à .....  
Le .....  
(recommandé) Signature

Avez-vous écrit des **directives anticipées** ?  oui  non  
Si oui, merci de nous communiquer le nom et les coordonnées de la personne dépositaire de vos directives anticipées

Cette fiche de désignation de la personne de confiance est classée dans le dossier du patient.

**REVOCAION de la personne de confiance**

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) ..... décide de révoquer la désignation  
de M., Mme, Mlle, (Nom, Prénom).....  
comme personne de confiance.

Date : ..... Signature : .....