

SSR

LE BRASSET

Soins de Suite et de Réadaptation

150 ANS
À VOS CÔTÉS



croix-rouge française

**Fiche de désignation d'une personne
de confiance et de la personne à prévenir**

(Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e) :

Né(e) le : ... / ... / A :

Désigne une personne de confiance :

Oui

Non

- pour la seule durée de mon hospitalisation dans l'établissement

- pour la durée de mon hospitalisation dans l'établissement et ultérieurement.

Si Oui, remplir le cadre suivant :

Mademoiselle : <input type="checkbox"/>	Madame : <input type="checkbox"/>	Monsieur : <input type="checkbox"/>
Nom :		
Nom de jeune fille :		
Prénom :		
Adresse :		
Téléphone(s) :		
Fax : E-mail :		

Cette personne de confiance est :

Un proche

Un parent

Mon médecin traitant

J'ai bien été informé(e) :

• Que cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe médicale 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 la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable ;

• Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux 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 cette personne de confiance ;

• Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et par tout moyen (notamment au moyen de la présente fiche).

Fait le : / / à :

Signature du patient :

**Cadre réservé au patient pour notifier la révocation
ou le changement de désignation de la personne de confiance**

En cas de révocation : remplir et remettre la fiche au personnel soignant.

En cas de changement de désignation : remplir, remettre la fiche au personnel soignant et demander une nouvelle fiche à remplir.

Je souhaite révoquer la personne de confiance désignée sur la présente fiche :

Oui

Fait le : / / à :

Signature :

A remplir par le soignant si le patient est dans l'impossibilité de s'exprimer et de désigner une personne de confiance

Nom du soignant :

Fait le : / /

Signature :

Désignation de la personne à prévenir :

Je désigne la personne suivante :

Nom :
Adresse :
Téléphone(s) : Fax :
Email :

Cette personne à prévenir est :

- Un proche
- Un parent
- Autre



Préciser pour autre