



HOPITAL • CLINIQUE  
CLAUDE BERNARD

97, rue Claude-Bernard - BP 45050 - 57072 METZ Cedex 3 - Tél. 03 87 39 66 66

**FORMULAIRE DE DESIGNATION/REVOCACTION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

*203-PEC médicale et soignante - dernière MAJ 17/05/2010*

Par la présente, j'atteste avoir reçu des informations relatives à la désignation de la personne de confiance.  
Cette personne :

- Sera consultée au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire.  
Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- A ma demande, m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Les informations que je juge confidentielles et que j'aurai préalablement indiquées au médecin et à l'équipe soignante ne seront pas communiquées à la personne de confiance.
- Cette désignation est révocable à tout moment.
- J'ai pris bonne note que la personne de confiance, représentant mes volontés, peut-être différente de la personne à prévenir en cas d'urgence.

Etiquette du patient

Je soussigné(e) : ..... Né (e) le : ..... à : .....

Demeurant : .....

Désigne comme personne de confiance :

Nom Prénom : ..... Né(e) le : ..... à : .....

Demeurant : .....

Téléphone : .....

- J'ai informé la personne ci-dessus de sa désignation.
- Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.
- Révoque ma décision antérieure désignant ..... en qualité de personne de confiance, auquel cas :
  - Voir le nouveau formulaire établi.
  - Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Fait à .....

Le.....

Signature :