

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre hospitalisation, la loi du 4 mars 2002 vous permet de désigner une personne de confiance. Cette personne librement désignée par vous peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant.

Cette personne a pour mission, si vous le souhaitez, de vous accompagner dans vos démarches et d'assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions. **La personne de confiance dispose d'un rôle consultatif et en aucun cas d'un rôle substitutif.**

C'est-à-dire :

- qu'elle peut notamment, si vous le souhaitez, **et si vous l'en informez**, assister aux entretiens médicaux,
- qu'elle peut être consultée par le médecin si l'évolution de votre état de santé ne vous permettrait pas d'exprimer vous-même votre volonté et/ou de recevoir l'information,
- qu'elle **ne peut en aucun cas** consentir ou refuser à votre place, des soins ou une intervention,
- qu'elle **n'a aucun droit** d'accès direct aux informations médicales vous concernant et notamment à votre dossier médical.

LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e)
hospitalisé(e) à la Clinique Saint Luc,

☐ ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

☐ ne peut pas désigner de personne de confiance (personne de confiance non présente pour signer le formulaire)

☐ désigne en tant que personne de confiance.

Lien de parenté (ami, famille, médecin) :

J'autorise la personne de confiance désignée ci-dessus à m'accompagner dans mes démarches. J'ai bien noté que cette personne pourra être consulté(e) par le médecin responsable de mon hospitalisation au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir directement une information médicale.

Cette désignation est valable pour la durée de mon hospitalisation au sein de la clinique Saint Luc. Je suis informé(e) que je peux révoquer cette désignation à tout moment.

Fait à Nice, le

Signature de la personne de confiance
Précédé de la mention « lu et approuvé »

Signature du patient
Précédé de la mention « lu et approuvé »

LA REVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e)

☐ décide de révoquer la désignation de Madame/Monsieur/Mademoiselle
comme personne de confiance.

☐ décide de révoquer ma désignation en tant que personne de confiance de Madame/Monsieur/Mademoiselle
.....

Fait à Nice, le

Signature du patient / de la personne de confiance
Précédé de la mention « lu et approuvé »