



**Notice d'information destinée aux personnes hospitalisées**

*A l'occasion de votre hospitalisation,  
vous souhaitez être assisté(e)  
d'une PERSONNE DE CONFIANCE*

*La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (art. L. 1111-6 du code de la santé publique) vous donne la possibilité, lors de votre hospitalisation, de désigner une personne, librement choisie par vous dans votre entourage et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long de votre hospitalisation. Vous pouvez désigner une personne de confiance identique ou différente de la personne à prévenir. Il peut s'agir d'un parent, d'un proche, de votre médecin traitant. Vous devez avoir toute confiance dans la personne que vous désignez et vous pouvez lui exprimer vos désirs et vos convictions pour vos soins et votre prise en charge hospitalière.*

*Cette personne, pourra, si vous en faites la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.*

*Cette désignation peut être très utile : votre état de santé ne vous permettra peut-être pas toujours, pendant la durée de votre hospitalisation, de faire connaître aux personnes qui vous soignent, votre avis ou les décisions que vous souhaitez prendre pour vos soins.*

*Dans le cas où vous ne pourriez plus exprimer votre avis ou votre consentement concernant les soins qui vous sont délivrés, la personne de confiance que vous aurez désignée sera consultée par l'équipe hospitalière et pourra lui donner des indications sur votre façon de voir les choses.*

*La désignation d'une personne de confiance n'est pas obligatoire ; elle vaut le temps de l'hospitalisation. Mais vous pouvez à tout moment mettre fin à cette désignation auprès du personnel hospitalier ou désigner une autre personne de votre choix.*

*Votre décision figurera dans votre dossier de patient.*

# CENTRE HOSPITALIER DE PAU

## Formulaire de désignation d'une personne de confiance

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

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. (nom, prénom, adresse)

.....  
.....

reconnaît avoir reçu l'information relative à la personne de confiance

désigne Mme, Mlle, M. (nom, prénom, adresse, téléphone)

.....  
.....

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

.....

pour m'assister en cas de besoin en qualité de **personne de confiance** pour la durée de mon hospitalisation

ne souhaite pas désigner une personne de confiance

J'ai bien noté que la personne de confiance que j'ai désignée

- à ma demande, pourra m'accompagner dans mes démarches à l'Hôpital et assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- n'aura pas, si je le souhaite, accès aux informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ;
- pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais plus en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire.

J'ai bien noté que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment.

Fait à .....

Le .....

Signature

---

Motif de non remplissage du formulaire :

mineur

majeur sous tutelle

n'est pas en état d'exprimer sa volonté