



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

REF : AP018

REF : AP015

PERSONNE DE CONFIANCE

■ L'article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique prévoit que toute personne majeure hospitalisée peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

■ Cette désignation est faite par écrit et co-signée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

■ Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter le questionnaire ci dessous et de le remettre dans le service lors de votre hospitalisation. Ce document sera classé dans votre dossier médical.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....

nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms :

Adresse :

.....

Téléphone privé :

Téléphone professionnel : Portable :

E-mail :

>> Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

>> Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à : le :

Signature

Signature
de la personne de confiance