

**Ce document est à rapporter *REPLI* et *SIGNE* lors de votre consultation avec l'anesthésiste**



**DESIGNATION D'UNE PERSONNE A PREVENIR**  
(à remplir obligatoirement)

**Nom et prénom :**  
**Lien de parenté :**  
**Numéro de telephone :**



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

EN APPLICATION DE LA LOI N° 2002-303 DU 4 MARS 2002  
RELATIVE AUX DROITS DES MALADES  
(Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

Madame, Monsieur,

Vous êtes hospitalisé(e) au CENI.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 vous donne la possibilité de désigner une personne de confiance, librement choisie par vous-même dans votre entourage (conjoint, parent, enfant, proche, médecin traitant...) et en qui vous avez toute confiance pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre.

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

⇒  **Ne souhaite pas désigner une personne de confiance**

⇒  **Souhaite désigner:** *(A remplir uniquement si la personne de confiance est différente de la personne à prévenir)*

Madame, Monsieur, (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Coordonnées téléphoniques : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

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

J'ai bien noté

- que **Madame, Monsieur,** \_\_\_\_\_ pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire.
- Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable
- qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches au CENI et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions
- que les informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance
- qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord
- que je pourrai mettre fin à cette désignation à tout moment.

Visa de la personne désignée comme :

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Date de la première intervention : \_\_\_\_\_

Date de la deuxième intervention si existante : \_\_\_\_\_

**Signature du patient  
(Obligatoire)**

**Signature de la personne de confiance  
(facultative)**

***Ce document est à rapporter REMPLI et SIGNE lors de votre consultation avec l'anesthésiste***