



# MINISTÈRE DES ARMÉES

Liberté  
Égalité  
Fraternité



HOPITAL D'INSTRUCTION  
DES ARMEES BEGIN

## DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Conformément à la loi 2002 n°303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la loi n°2016-87 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, tout patient hospitalisé peut désigner une personne de confiance. Celle-ci peut être un parent, un proche, un médecin. Cette désignation n'est pas une obligation mais vous devez le signaler en complétant ce formulaire.

Cette personne pourra vous accompagner dans vos démarches à l'hôpital et assister, sauf opposition de votre part, aux entretiens médicaux, ceci afin de vous aider dans vos décisions. Au cas où vous ne seriez pas en capacité de vous exprimer, elle sera consultée par le médecin pour lui faire connaître votre avis ou les décisions que vous auriez souhaité prendre si vous aviez été en mesure de les formuler.

### Je soussigné(e),

**NOM usuel :** ..... **NOM de naissance :** .....

**Prénom :** .....

**Date et lieu de naissance :** .....

**Adresse :** .....

**Tél :** .....

**Mail :** .....

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Impossibilité de recueil de la personne de confiance

Je souhaite désigner une personne de confiance à compter du : .....

**NOM usuel :** ..... **NOM de naissance :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Adresse :** .....

**Tél :** ..... **Mail :** .....

### Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche

Un parent

Mon médecin traitant

Autre

**Avez-vous informé la personne de confiance que vous l'avez désignée :**

oui

non

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour la durée de mon hospitalisation et quelle peut être prolongée pour plusieurs hospitalisations. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas je m'engage à en informer par écrit l'établissement en complétant la fiche de désignation ci-dessous.

### Je décide de désigner cette personne de confiance :

Pour la durée de mon hospitalisation

Jusqu'à décision contraire de ma part (plusieurs hospitalisations)

**J'ai rédigé des DIRECTIVES ANTICIPEES :**

oui

non

Si oui, qui les détient :

Ma personne de confiance

Une autre personne .....

HIA Bégin

Fait à

le

**Signature du patient**