

**FORMULAIRE de DESIGNATION d'une PERSONNE de CONFIANCE**

Je soussigné(e) : ..... patient(e) majeur(e)  
hospitalisé(e) au Groupe Hospitalier Albert Chenevier-Henri Mondor, Assistance Publique des  
Hôpitaux de Paris

né(e) le : ..... à : .....  
domicile : .....  
.....

désigne comme **personne de confiance** durant cette hospitalisation mon  
..... (préciser la nature des relations : épouse, père, médecin, ami, etc.):

Nom - Prénom : .....  
Né(e) le : ..... à: .....  
Domicile : .....  
.....  
Tél : .....

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance.

Cette désignation vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

J'ai bien noté que M, Mme, Melle .....

- Pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et 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 à l'hôpital et pourra m'assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.

Date et signature du patient hospitalisé : .....