



ETIQUETTE

## FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e), né(e) le à

demeurant

Téléphone(s) : Fax/E-mail :

Admis(e) au Centre Hospitalier de Denain :

Hospitalisation

Actes ambulatoires

Soins externes

Urgences

à compter du pour la durée du traitement

Je ne souhaite pas désigner de **personne de confiance**

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, **je m'engage à en informer par écrit le Directeur du Centre Hospitalier de Denain.**

Je souhaite désigner une **personne de confiance**

Monsieur

Madame

Mademoiselle

NOM marital :

NOM de jeune fille :

Prénoms(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

Fax / E-Mail :

\* Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche

Un parent

Mon médecin traitant

\* Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

OUI

NON

**J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.**

**Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas,**

**Je m'engage à en informer par écrit l'Etablissement.**

Fait à

Signature

Le

**Cadre réservé à la personne de confiance**

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à

Le

Signature

## ACCES AUX INFORMATIONS DE SANTE ET TRANSMISSION DES INFORMATIONS MEDICALES

Je soussigné(e), né(e) le à

demeurant

Téléphone(s) :

Fax/E-mail :

Admis(e) au Centre Hospitalier de Denain :

- Hospitalisation       Actes ambulatoires       Soins externes       Urgences

à compter du pour la durée du traitement

- Refuse Que des informations médicales concernant ma santé soient transmises à d'autres professionnels de santé y compris mon médecin traitant.

- Accepte Que des informations médicales concernant ma santé soient transmises à d'autres professionnels de santé

- Nom du ou des médecins : -

-

- Autres professionnels de santé : -

-

- Accepte  
 Refuse
- Que des proches soient informés de mon état de santé

- Accepte  
 Refuse
- Que mon dossier médical ou toute autre information médicale soient communiqués aux ayants droits en cas de décès

- Pour un mineur,**  
 Accepte  
 Refuse
- Que des informations médicales soient communiquées au titulaire de l'autorité parentale

*J'ai pris connaissance qu'à tout moment, je peux revenir sur mon choix, dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit le Directeur du Centre Hospitalier de Denain.*

Fait à Le  
Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »