



2, rue des Pyrénées  
65200 ASTUGUE

## Identité du Patient

Vous pouvez, si vous le désirez, désigner une personne de confiance.

### **Personne de confiance choisi(e) :**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .... / .... / .....

Numéro de téléphone : . . . . .

Numéro de mobile : . . . . .

Cette personne est :

- Un parent
- Un Proche
- Mon médecin traitant

Pour toute la durée de mon hospitalisation à l'Hôpital Le Montaigu à Astugue et ce à compter du .... / .... / .....

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

Fait à Astugue,  
Le .... / .... / .....

Signature

### **Désignation de la personne de confiance**

La loi du **4 mars 2002** a institué la notion de **personne de confiance** (Art. L1111-6 du code de la santé publique)

Cette nouvelle disposition permet à toute **personne majeure** de désigner un tiers qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consulté au cas où elle-même **serait hors d'état d'exprimer sa volonté** et de **recevoir l'information** nécessaire à cette fin.

La personne de confiance, peut, si le patient le souhaite, l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Dans les établissements de santé, **le patient doit être informé** de cette possibilité au moment de sa prise en charge dans l'établissement.

La désignation d'une personne de confiance lors de l'hospitalisation est **valable pour la durée du séjour** à moins que le malade n'en dispose autrement.

La désignation est faite par écrit et reste **révocable à tout moment**.